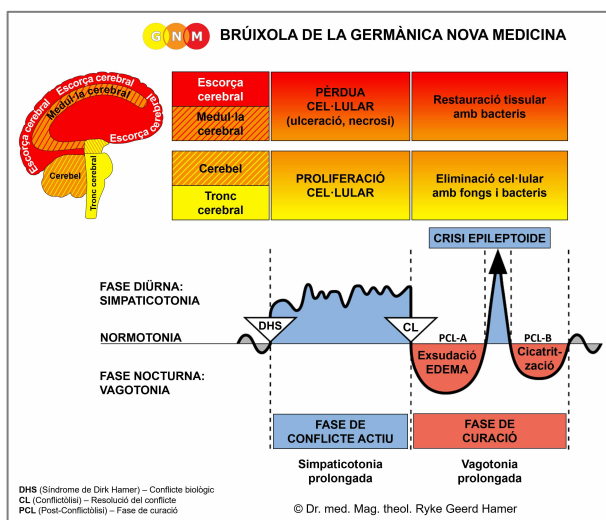




PROGRAMES ESPECIALS BIOLÒGICS

COR

escrit per Caroline Markolin, Ph.D.



Miocardí (múscul cardíac ventricular)

Miocardí (múscul cardíac auricular)

Endocardi i vàlvules cardíques

Pericardi

Artèries coronàries

Venes coronàries

Aorta – Artèries caròtides – Artèries subclàvies

Si carotidi

Rev. 1.06

EL COR NO ÉS UNA BOMBA

Contràriament a la teoria oficial, les troballes de l'embriologia i altres fonts han demostrat que el cor no és una bomba mecànica que empeny sang a través dels vasos sanguinis, sinó que la sang és impulsada per la seva pròpia força biològica impulsada pel cor. A la natura, els fluids es mouen en espiral. Per tant, s'ha suggerit que l'estructura del sistema cardiovascular està aprofitant al màxim aquesta tendència natural dels fluids a l'espiral.

El moviment rotatori del cor i la sang va ser detectat i mesurat per diversos investigadors:

Ja a l'any 1908, **James B. Pettigrew**, Professor de Medicina a la Universitat de St. Andrews (Escòcia), va realitzar disseccions del cor i va descobrir que el múscul cardíac té set capes musculars. Pettigrew va postular que un grup de músculs es contrau durant la sistole mentre que l'altre emmagatzema energia que s'utilitza en la diàstole. Segons la seva opinió, el moviment del múscul cardíac és com el d'un pèndol de torsió (*Design in Nature*, 1908).

A la dècada del 1920, el científic i filòsof **Rudolf Steiner** va ensenyar als seus estudiants de medicina que el flux en espiral als vasos sanguinis de l'embrió era impulsat pel seu propi impuls biològic iniciat en els tubs que finalment es converteixen en el cor. El cor només ajuda a aquest procés. En *Psychoanalysis and Spiritual Psychology* Steiner afirma: "La pressió no és la causa del flux sanguini sinó el resultat d'aquest".

El 1932, el científic de la Universitat de Harvard **J. Bremer** va filmar el flux sanguini dels embrions abans de la formació de les vàlvules cardíques. Va observar que la sang en espiral és impulsada pel cor palpitant sense crear turbulències a la sang. Va descriure dos corrents als tubs del cor que giren en espiral amb diferents velocitats cap endavant al voltant dels seus propis eixos longitudinals i l'un al voltant de l'altre ("Presence and influence of spiral streams in the heart of the chick embryo", *American Journal of Anatomy*, 49: 409-440). Les troballes de Bremer van ser confirmades l'any 1981 pels estudis quirúrgics d'A. Arbulu i I. Asfaw: "No només el flux sanguini es manté bé a l'embrió abans de la formació de les vàlvules; hi ha informes d'adults als quals es van extirpar quirúrgicament tant les vàlvules tricúspides com les pulmonars infectades i no les van substituir per vàlvules protèsiques, sense problemes significatius".

L'investigador Austríac **Viktor Schauberg** (1885-1958), celebrat pels seus extraordinaris descobriments sobre els efectes energètics de l'aigua, va afirmar en moltes ocasions que el cor no era una bomba sinó que la funció del cor era més aviat la d'un regulador del flux sanguini. Va veure l'acció peristàltica i pulsatòria dels vasos sanguinis com els elements responsables de la circulació de la sang. Segons el professor **Kurt Bergel** (ca. 1925-30) de la Universitat de Berlín, aquesta funció va ser realitzada pels milions de capil·lars altament actius que impregnen el cos. Bergel havia detectat aquesta pulsació observant els petits vasos sanguinis que es formaven al voltant del sac vitel·lí d'un ou d'ocell. En obrir l'ou, va notar que els vasos sanguinis que envoltaven el sac vitel·lí pulsaven abans de refredar-se, tot i que el cor encara no s'havia format.

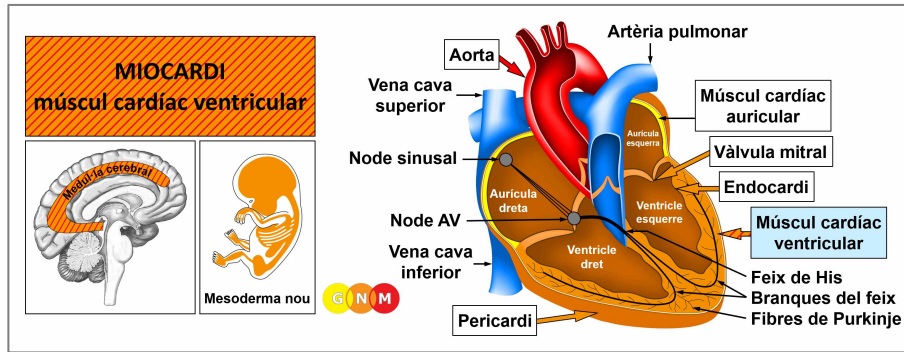
Ralph Marinelli de la Temple University de Filadèlfia va escriure: "Quan el cor comença a funcionar, millora l'impuls de la sang amb impulsos en espiral. Les artèries compleixen una funció cardíaca mímica subsidiària proporcionant impulsos en espiral a la sang circulant. En fer-ho, les artèries es dilaten per rebre la sang entrant i es contrauen per donar un impuls per augmentar l'impuls de la sang" (*The Heart is not a Pump*, 1995).

La temàtica de l'espiral és evident en la funció i la forma del cor i dels vasos sanguinis: “La forma espiral a la superfície interna dels vasos sanguinis, el diferencial de temperatura entre el nucli i les extremitats i el diferencial de càrrega electromagnètica entre la sang arterial (rica en oxigen) i la venosa (rica en CO₂) també semblen donar suport a l'acció circulatòria” (Viktor Schauberger). “La musculatura del cor i les artèries fins als pre-capil·lars estan orientades en espiral, i tant el cor com les artèries es mouen en espiral per augmentar el moment de la sang” (Stonebridge and Brophy, 1991). “El cor es mou de la manera que ho fa a causa dels seus feixos de fibres musculars estriades, que s'orienten en espiral en la mateixa direcció i treballen junts per efectuar el moviment... en 3D, els cors sans fan la seva pròpia versió de torsió. En lloc d'una simple acció de bombeig, fan circular sang com si estiguessin escorrent una tovallola” (*Harvard School of Engineering and Applied Sciences*, 24 de febrer de 2014).

L'anàlisi moderna del cor ha demostrat que la quantitat de pressió realment necessària per forçar la sang a través de tota la longitud dels vasos sanguinis del cos hauria de ser capaç d'aixecar un pes de cent lliures a una milla d'alçada. Atès que el cos humà conté almenys 60.000 milles (96.500 km) de vasos sanguinis, és inconcebible que el cor sigui capaç de produir l'energia suficient necessària per fer circular la sang (Ernst O. Attinger, *Hydrodynamics of Blood Flow*, Univ. Virginia Med. Center, Charlottesville, VA).

Fonts: “The Heart is not a Pump. A Refutation of the Pressure Propulsion Premise of Heart Function” by R. Marinelli et al. (*Semantic Scholar*, 1995) i “Living Energies, Viktor Schauberger's Brilliant Work with Natural Energy Explained” by Callum Coats, 1995

Vídeo recomanat [The Heart May Not be a Pump: Thomas Cowan, MD, on Cardiovascular Disease](#)



DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DEL MIOCARDI (MÚSCUL CARDÍAC VENTRICULAR): El cor es troba a la cavitat toràctica entre els pulmons. La base del cor està molt unida al diafragma; el pericardi embolcalla el cor i el manté al seu lloc. Les artèries coronàries i les venes coronàries subministren sang al múscul cardíac.

El cor consta de quatre cambres, l'aurícula dreta i esquerra (cambres superiors) i el ventricle dret i esquerre (cambres inferiors). Els dos costats del cor estan separats pel septum. El miocardi és el teixit muscular que constitueix la major part de la paret cardíaca. Forma la gruixuda capa mitjana entre l'epicardi, que forma part del pericardi, i l'endocardi que recobreix les cavitats del cor i les vàlvules cardíques. Les contraccions del miocardi creen la força que inicia el flux de sang pels vasos sanguinis. Els dos ventricles porten la sang fora del cor. Des del ventricle dret, la sang esgotada d'oxigen viatja per l'artèria pulmonar fins als pulmons (circulació pulmonar), mentre que el ventricle esquerre lliura sang rica en oxigen a través de l'aorta a tots els altres òrgans (circulació sistèmica). Les dues aurícules reben la sang que torna al cor. L'aurícula dreta rep sang desoxigenada de la vena cava superior i inferior, l'aurícula esquerra rep sang oxigenada dels pulmons a través de les venes pulmonars. Continuant el cicle de flux sanguini, les aurícules buiden la sang als ventricles dret i esquerre. Les vàlvules cardíques situades a les cambres del cor s'obren i es tanquen permetent que la sang flueixi en una direcció.

NOTA: Durant el "període-peix", el cor constava de dos tubs amb un tub que transportava sang rica en oxigen des de les brànquies als òrgans, i l'altre tub que portava la sang esgotada d'oxigen de tornada a les brànquies (vegeu els conductes faringis). Durant el període evolutiu en què la vida es va traslladar a la terra, es van desenvolupar els pulmons que van permetre que l'oxigen fos extret de l'aire en lloc de l'aigua. Aquest va ser el moment en què la respiració branquial es va substituir per la respiració pulmonar. Per tal de fer espai als pulmons que s'acabaven de desenvolupar, els **tubs cardíacs es van torçar** uns 180 graus. Com a resultat, el tub dret original es va convertir en la cambra del cor esquerre amb l'aurícula esquerra i el ventricle esquerre i el tub esquerre original es va convertir en la cambra del cor dret amb l'aurícula dreta i el ventricle dret. El septum separava el cor en dues unitats diferents. Els vasos coronaris situats a la superfície del cor es van desenvolupar a partir de les **artèries de l'arc faringi** (vegeu també aorta, artèries caròtides i artèries subclàvies).

A l'embrió humà, els dos tubs cardíacs es desenvolupen durant els primers 21 dies. A partir del dia 22, els tubs cardíacs comencen a fusionar-se. La torsió del cor embrionari ocorre entre el dia 22 i 24. El flux sanguini es manté bé abans de la formació de les vàlvules cardíques (vegeu J. Bremer).



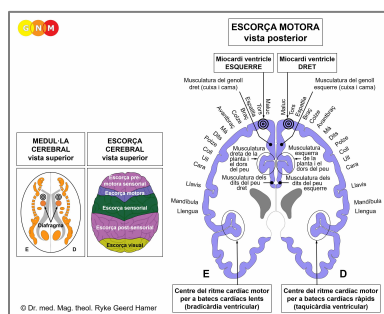
Aquesta imatge mostra els dos tubs cardíacs d'un embrió humà abans de la torsió.

En [aquest vídeo](#), Alexander Tsiaras comparteix una poderosa visualització del desenvolupament humà des de la concepció fins al naixement. Enllaç integrat

El node AV (node auriculoventricular), situat a la frontera entre l'aurícula dreta i el ventricle dret, capta els senyals elèctrics del batec cardíac del node sinusal (a l'aurícula dreta) i els envia al feix de His que transporta l'impuls cardíac a través de les branques del feix fins a les fibres de Purkinje. Les fibres de Purkinje estan compostes per cèl·lules musculars especialitzades que són capaces de transmetre la descàrrega elèctrica als ventricles més ràpidament que les altres parts del **sistema de conducció cardíac**.

NOTA: Originalment, el cor sencer constava únicament de músculs llisos. Amb el temps, els músculs llisos dels ventricles van ser substituïts en la seva major part (al voltant del 90-95%) per músculs estriats més eficients. Per tant, avui, el Feix de His condueix l'excitació auricular només als músculs ventriculars llisos.

Els músculs estriats del miocardi ventricular s'originen del mesoderma nou i estan controlats des de la medul·la cerebral i l'escorça motora. Els músculs llisos es controlen des del **mesencèfal**.



NIVELL CEREBRAL: El múscul cardíac ventricular (inclòs el node AV, feix de His, branques del feix, fibres de Purkinje) té dos centres de control al cervell. La funció tròfica del múscul, responsable de la nutrició del teixit, es controla des de la **medul·la cerebral**; la contracció del múscul i el sistema de conducció ventricular són controlats des de l'**escorça motora** (part de l'escorça cerebral). El miocardi dret es controla des del costat dret del cervell; el miocardi esquerre es controla des de l'hemisferi cerebral esquerre (vegeu el diagrama de la GNM que mostra l'**homuncle motor**). A causa de la torsió de 180 graus dels tubs cardíacs, **NO hi ha correlació creuada entre el cervell i l'òrgan**. Els centres motors del ritme cardíac controlen el batec cardíac lent (bradicàrdia ventricular) i el batec cardíac ràpid (taquicàrdia ventricular).

NOTA: El múscul cardíac ventricular està molt lligat funcionalment al diafragma. Per tant, els centres de control del miocardi es troben just a sobre dels relés cerebrals del diafragma.

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic relacionat amb el miocardi ventricular és un **conflicte d'aclaparat** provocat per una sobrecàrrega d'estrès negativa (compareu amb el conflicte d'aclaparat físicament relacionat amb el diafragma).

NOTA: El **conflicte sempre és en referència a una persona o persones** (p. ex., una càrrega de treball aclaparadora s'associa amb un cap exigent o amb un company de feina poc solidari més que amb la feina en si). Si el miocardi dret o esquerre està afectat depèn de la lateralitat d'una persona i de si el conflicte està relacionat amb la mare/fill o amb la parella. A causa de la torsió dels tubs cardíacs, **el principi de lateralitat s'inverteix**. Per tant, una persona dretana respon a un conflicte d'aclaparat relacionat amb la mare/fill amb el miocardi dret; si el conflicte s'associa amb una parella amb el miocardi esquerre. Una persona esquerrana respon a un conflicte d'aclaparat relacionat amb la mare/fill amb el miocardi esquerre; si el conflicte s'associa amb una parella amb el miocardi dret.

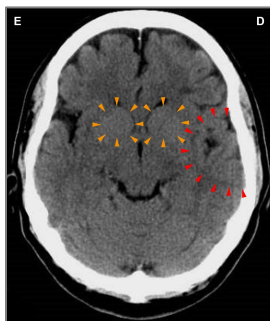
FASE DE CONFLICTE ACTIU: pèrdua cel·lular (necrosi) del teixit muscular cardíac (controlada des de la medul·la cerebral) i, proporcional al grau d'activitat conflictiva, increment de la **paràlisi del múscul cardíac** (controlada des de l'escorça motora).

NOTA: Els músculs estriats pertanyen a el grup d'òrgans que responen al conflicte relacionat amb pèrdua funcional (vegeu també els Programes Especials Biològics de les cèl·lules dels illots del pàncrees (cèl·lules alfa dels illots i cèl·lules beta dels illots), orella interna (còclea i òrgan vestibular), nervis olfactoris, retina i cos vitri dels ulls) o hiperfunció (periosti i tàlem).

La necrosi té lloc a l'exterior del miocardi, al mig, a l'interior, o "transmural" (afectant totes les capes). La pèrdua de teixit muscular cardíac frena la conducció dels impulsos elèctrics del cor ja que el senyal del node AV ha d'eludir l'àrea necrosada. Això causa **batecs cardíacs irregulars** (compareu amb l'arítmia bradicàrdica i l'arítmia taquicàrdica). La condició s'anomena "**bloqueig de la branca del feix**" (compareu amb el bloqueig AV). Si el conflicte persisteix, la prima paret del miocardi es podria trencar amb sang que flueix al pericardi (vegeu vessament pericàrdic transsudatiu). També es pot produir una perforació del miocardi durant la Crisi Epileptoide. La ruptura causa una **aturada cardíaca** (compareu amb l'aturada cardíaca relacionada amb el pericardi o les artèries coronàries).

NOTA: Segons la medicina convencional, la necrosi del múscul cardíac és causada per una manca de subministrament de sang a causa d'una oclusió coronària. En base al coneixement de la GNM i les últimes troballes en cardiologia, aquesta suposició ha demostrat ser errònia (vegeu fase de curació de les artèries coronàries).

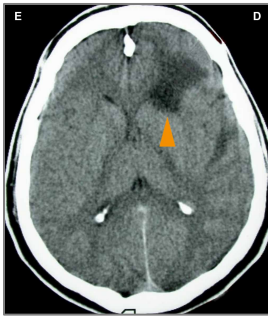
Amb una activitat conflictiva perllongada, el múscul cardíac es torna feble resultant en **debilitat física** (dificultat per pujar escales o caminar curtes distàncies) a causa de la capacitat reduïda del cor per transportar una quantitat suficient de sang al sistema circulatori del cos. Això s'anomena mèdicament una **insuficiència miocàrdica o cardíaca** (col·loquialment anomenada "fallada cardíaca"). Quan el miocardi esquerre està afectat, la reduïda contracció del múscul cardíac alenteix el flux sanguini davant el cor esquerre. Això causa una acumulació de sang als vasos sanguinis que porten sang cap als pulmons. La pressió incrementada als vasos sanguinis empeny el fluid cap als pulmons causant una **falta de respiració** aguda i, amb un conflicte intens, un **edema pulmonar**, també anomenat edema cardíac pulmonar (compareu amb l'edema alveolar relacionat amb els alvèols pulmonars; vegeu també edema pulmonar amb insuficiència de la vàlvula mitral). Quan el miocardi dret està afectat, la congestió de sang ocorre davant el cor esquerre. La pressió incrementada força els fluids fora dels vasos sanguinis cap al teixit circumdant, resultant en un **edema perifèric amb inflor, particularment als turmells, peus i cames** (vegeu també edema perifèric relacionat amb les venes de les cames o ossos de les cames). A la fase de conflicte actiu que implica el miocardi dret, la **pressió sanguínia s'eleva** (vegeu també hipertensió durant l'atac cardíac miocàrdic dret).



Aquesta TC cerebral pertany a un home dretà que va patir un conflicte d'aclaparar quan la seva dona el va deixar amb els seus fills. L'escàner cerebral mostra l'impacte en ambdós relés del miocardi a la medul·la cerebral (fletxes taronges – vegeu el diagrama de la GNM) associat al seu costat mare/fill i parella. L'escàner també mostra un Focus de Hamer al relé cerebral de les artèries coronàries (fletxes vermelles), que revela que va experimentar alhora un conflicte de pèrdua territorial. L'anell desigual i edematós indica que el conflicte de pèrdua territorial ja s'ha resolt. No obstant això, la vorera en part nítida indica que encara té recaigudes en el conflicte.

FASE DE CURACIÓ: Durant la primera part de la fase de curació (**PCL-A**) la necrosi del múscul cardíac es reomple mitjançant la **proliferació cel·lular**. A la medicina convencional, el “tumor” es podria diagnosticar com un **sarcoma miocàrdic**. Amb una inflamació, la condició s’anomena **miocarditis**, lligada a un conflicte de desvalorització de si mateix associada amb el cor (vegeu també endocardi i vàlvules cardíques).

NOTA: Tots els òrgans que deriven del mesoderma nou (“grup excedent”), inclòs el miocardi, mostren el **propòsit biològic al final de la fase de curació**. Un cop completat el procés de curació, l’òrgan o teixit és més fort que abans, la qual cosa permet estar millor preparat per a un conflicte del mateix tipus.



En **PCL-A**, es desenvolupa un edema al relé cerebral corresponent. Aquest escàner de TC mostra un **edema cerebral** a l'àrea de la medulla cerebral que controla el miocardi dret (vegeu el diagrama de la **GNM**).

La paràlisi del múscul cardíac i els símptomes relacionats (falta de respiració, debilitat física, pressió sanguínia elevada) arriba fins a **PCL-A**. Les fases de curació recurrents a causa de les contínues recaigudes en el conflicte causen un **cor engrandit (cardiomegàlia)**. L'esforç físic constant, per exemple als esports, també pot resultar en un cor gran sense un conflicte d'aclaparat.

Durant la **CRISI EPILEPTOIDE**, l'edema cerebral s'expulsa a través d'una onada simpaticotònica. Aquest és el període en què ocorre l'**atac cardíac miocàrdic**. Com l'atac cardíac relacionat amb les artèries coronàries, l'infart miocàrdic s'inicia al cervell! Controlat des de l'**escorça motora**, l'atac miocàrdic es manifesta com a **contraccions del múscul cardíac amb rampes doloroses** (“epilèpsia cardíaca”). Una Crisi Epileptoide intensa pot desencadenar un atac epilèptic generalitzat amb convulsions que afecten tot el cos, la qual cosa pot conduir a un diagnòstic incorrecte.

Les contraccions ràpides del miocardi provoquen **taquicàrdia**, un batec cardíac ràpid, també conegut com a **palpitacions cardíques** o **fibril·lació ventricular** (compareu amb la fibril·lació auricular relacionada amb el múscul cardíac llis i la taquicàrdia ventricular relacionada amb les venes coronàries). El batec cardíac ràpid serveix per assegurar el transport de sang cap al cor i lluny del cor. Els forts batecs cardíacs normalment es senten a l'àrea del coll. Si les contraccions són severes, el múscul cardíac podria trencar-se conduint a un taponament cardíac amb filtració de sang endinsant-se al pericardi (vegeu també perforació miocàrdica en fase de conflicte actiu). Aquest sol ser el cas si el múscul cardíac ja s'ha desgastat i cicatritzat a causa de moltes recaigudes en el conflicte. Amb la retenció d'aigua (la **SÍNDROME**) és més probable que es produeixi una ruptura. En circumstàncies normals, però, la part llisa dels músculs ventriculars (al voltant del 5-10%) pot prevenir una ruptura.

El miocardi està molt lligat funcionalment al diafragma, el principal múscul de la respiració (al cervell, els relés cerebrals del diafragma es troben just a sota dels centres de control del miocardi). Per tant, l'atac cardíac miocàrdic sempre va acompanyat de **rampes al diafragma i dificultats respiratòries**, notablement amb un atac cardíac miocàrdic dret, ja que la paret del cor dret està fermament unida al múscul del diafragma.

Típicament, la Crisi Epileptoide es produeix durant els períodes de repòs (a la vagotonia), sovintment durant el son. La crisi de curació ocorre com un únic esdeveniment o apareix en seqüències (vegeu atacs de tos nocturna). En el cas del miocardi, aquest es presenta com a **apnea del son** amb episodis de cessament de la respiració (que duren des d'un parell de segons fins a dos minuts) generats per la contracció del diafragma. En termes de GNM, l'apnea del son és essencialment una sèrie de "mini atacs miocàrdics" amb rampes de diafragma curtes. L'apnea crònica del son indica recaigudes en el conflicte desencadenades per rails que es van establir quan el conflicte d'aclaparat original va tindre lloc. Els somnis també poden provocar recaigudes en el conflicte! L'apnea del son és més probable quan el miocardi esquerre està involucrat perquè la meitat dreta del diafragma no es pot expandir tant ja que el fetge està ubicat directament sota ell. **NOTA:** L'apnea del son també es produeix amb un conflicte d'aclaparat físicament que només implica el diafragma.

La medicina convencional només coneix un tipus d'atac cardíac. Segons la teoria estàndard, un "infart miocàrdic agut" ("infart miocàrdic anterior" o "infart miocàrdic posterior") és causat per plaques de colesterol o un trombe a les artèries coronàries (anteriors o posteriors) que presumiblement bloquegen el subministrament de sang i oxigen al múscul cardíac, resultant en un atac cardíac. Malgrat l'evidència que la majoria de les persones que van patir un infart miocàrdic no tenien oclusió de l'artèria coronària i nivells de colesterol normals, la hipòtesi de l'obstrucció de l'artèria coronària encara preval. En base a la ciència de la GNM, el miocardi i les artèries coronàries s'originen a partir de diferents capes germinals embrionàries, estan controlades des de diferents àrees del cervell, estan vinculades a diferents conflictes biològics i, per tant, causen diferents tipus d'atacs cardíacs, amb símptomes molt específics i previsibles.

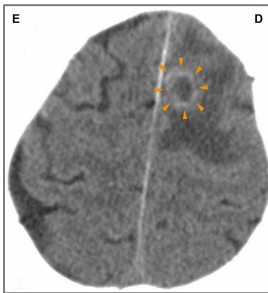
"Pel que fa als atacs cardíacs, no hem sabut reconèixer el paper significatiu del cervell, tal com hem passat per alt el paper important del cervell en el càncer".

Dr. med. Ryke Geerd Hamer

Un símptoma característic de la l'atac cardíac miocàrdic és un **canvi agut de la pressió sanguínia** a causa de les diferents vies dels dos sistemes circulatoris. El miocardi dret inicia el flux de sang als pulmons (circulació pulmonar) mentre que el miocardi esquerre mou la sang a través de l'aorta a la resta del cos (circulació sistèmica). Com que la distància que recorre la sang que viatja des del cor per tot el cos és molt més llarga que des del cor fins als pulmons, el ventricle esquerre requereix més força inicial ("pressió") que el múscul cardíac dret. Això també explica per què el miocardi esquerre és més gran.

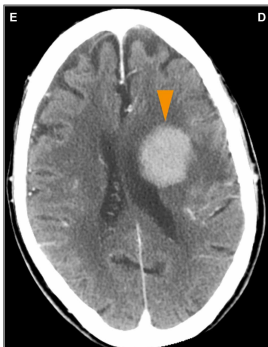
Atac cardíac miocàrdic dret: Si l'atac cardíac implica el miocardi dret (vegeu lateralitat més amunt), la pressió sanguínia a la cambra cardíaca esquerra incrementa ràpidament conduint a **hipertensió**. La pressió sanguínia ja està elevada en la fase de conflicte actiu i en **PCL-A** a causa de la paràlisi del múscul cardíac dret. Durant la Crisi Epileptoide, la pressió sanguínia s'eleva significativament per compensar les contraccions no coordinades del ventricle dret. Per tant, **la pressió sanguínia elevada no causa un atac cardíac**, com s'afirma, sinó que és un símptoma vital i compensatori durant l'atac miocàrdic dret (vegeu també parènquima renal amb hipertensió en la fase de conflicte actiu per mantenir la funció dels ronyons). En canvi, amb un atac cardíac lligat a les artèries coronàries, la pressió sanguínia es manté en el rang normal. **NOTA:** La pressió sanguínia elevada sostinguda pot distorsionar els músculs del miocardi on s'uneixen les vàlvules cardíques.

Atac cardíac miocàrdic esquerre: Quan el miocardi esquerre pateix la Crisi Epileptoide (vegeu lateralitat més amunt), la pressió sanguínia a la cambra del cor dret disminueix conduint a **hipotensió** (vegeu també hipotensió relacionada amb el si carotídi). La pressió sanguínia baixa causa una mala circulació (pal·lidesa, atordiment) i, en casos aguts, un col·lapse complet de la circulació sistèmica amb nàusees agudes i pèrdua de consciència (compareu amb “absència” durant un atac cardíac que implica les artèries coronàries). Per mantenir la funció cardíaca, la freqüència del pols s’accelera. Típicament, el nombre de glòbuls vermells s’eleva (policitèmia) per compensar la deficiència temporal d’oxigen (compareu amb l’anèmia, un recompte baix de glòbuls vermells). A causa de la baixada de la pressió sanguínia, l’atac miocàrdic esquerre és considerablement més perillós que l’atac miocàrdic dret. La disminució de la pressió sanguínia redueix, d’altra banda, el risc de ruptura del miocardi quan ocorren les rampes del múscul cardíac (“epilèpsia cardíaca”). És per això que les perforacions durant els atacs cardíacs miocàrdics esquerres són rares. L’intent d’eleva la pressió sanguínia mitjançant la medicació pot resultar en una ruptura del múscul cardíac i la mort.

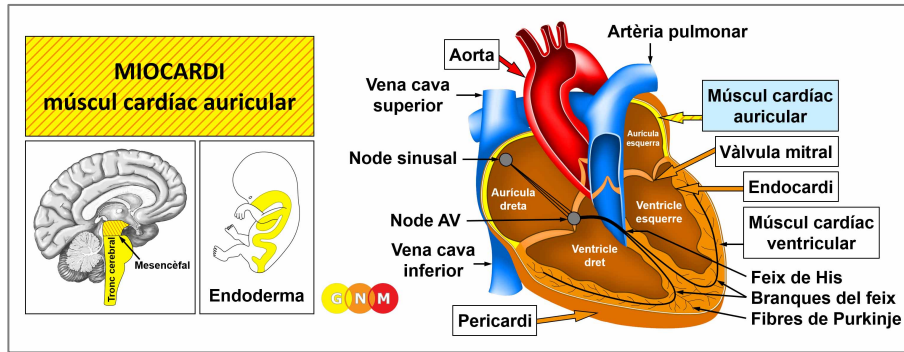


Aquest escàner cerebral mostra un anell de glia a l’àrea de l’escorça motora que controla les contraccions del miocardi dret (vegeu el diagrama de la GNM).

NOTA: La neuròglia restaura el relé cerebral a partir de la perifèria. La TC, feta poc després de l’atac cardíac miocàrdic (Crisi Epileptoide), indica l’inici de PCL-B.

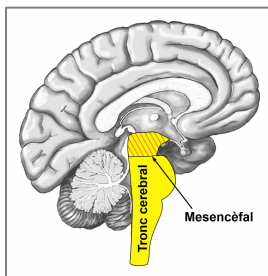


En aquesta TC cerebral, veiem la presència de neuròglia a l’àrea de la medulla cerebral que controla la funció tròfica del miocardi dret (vegeu el diagrama de la GNM). La segona part de la fase de curació (PCL-B) després de l’atac cardíac miocàrdic ja es troba en una fase més avançada. A la medicina convencional, s’assumeix erròniament que l’acumulació de la glia és un “tumor cerebral”.

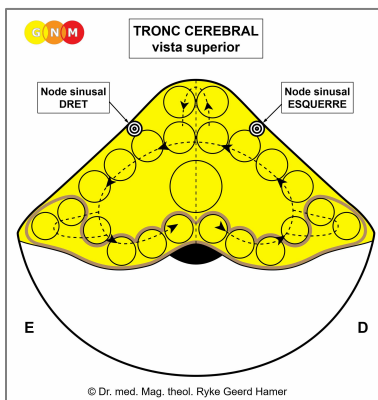


DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DEL MIOCARDI (MÚSCUL CARDÍAC AURICULAR): L'aurícula dreta i esquerra constitueixen les dues cambres superiors del cor. L'aurícula dreta rep sang esgotada d'oxigen de la vena cava superior i inferior; l'aurícula esquerra rep sang rica en oxigen dels pulmons a través de les venes pulmonars. Les aurícules buiden la sang als ventricles dret i esquerre que la porten a través de l'artèria pulmonar (circulació pulmonar) fins als pulmons i a través de l'aorta fins a la resta d'òrgans (circulació sistèmica).

La paret auricular consta de músculs llisos (en comparació, la paret ventricular es compon principalment de músculs estriats). Igual que els músculs intestinals que mouen el "mos d'aliment" al llarg del canal intestinal mitjançant el moviment peristàltic, el múscul cardíac llis es contrau contínuament per moure el "mos de sang" als ventricles. La contracció rítmica del múscul cardíac auricular és estimulada pel **node sinusal** (node sinoauricular o node SA) situat a la part superior de l'aurícula dreta. El node sinusal genera un impuls elèctric que inicia el batec cardíac i estableix el ritme del pols (al voltant de 50 a 90 vegades per minut en repòs). A partir d'aquí, el senyal elèctric arriba al **Node AV i el feix de His** que porten l'impuls cardíac a través de les branques del feix fins als ventricles. La freqüència cardíaca també està determinada pel sistema nerviós autònom: els nervis simpàtics acceleren la freqüència cardíaca, per exemple, durant l'excitació i l'estrès, així com durant l'activitat conflictiva i la Crisi Epileptoide (a la simpaticotonia); els nervis parasimpàtics frenen el pols durant el repòs i el son (en la vagotonia). Els nervis simpàtics i parasimpàtics es troben al node sinusal on influeixen la freqüència del batec cardíac. Els músculs llisos de les aurícules s'originen de l'endoderma i estan controlats des del mesencèfal.



NIVELL CEREBRAL: Els músculs llisos del miocardi auricular es controlen des del mesencèfal, situat a la part més externa del tronc cerebral.



El **node sinusal** de l'aurícula dreta (anterior tub cardíac esquerre) es controla des del costat esquerre del tronc cerebral; el node sinusal de l'aurícula esquerra (anterior tub cardíac dret) es controla des de l'hemisferi dret del tronc cerebral. **NOTA:** A causa de la torsió de 180 graus dels tubs cardíacs embrionaris, hi ha una correlació creuada entre el cervell i l'òrgan.

Un batec cardíac ectòpic (contracció auricular prematura) sorgeix al relé del node sinusal dret; la fibril·lació auricular sorgeix al relé del node sinusal esquerre.

NOTA: Originalment, el cor tenia dos nodes sinusals situats a l'aurícula dreta i esquerra. El node sinusal dret (controlat des del costat dret del tronc cerebral) estava relacionat amb la “ingesta i transport” del “mos de sang” (equivalent a la “ingesta i transport” del “mos d'aliment” a l'intestí); el node sinusal esquerre (controlat des del costat esquerre del tronc cerebral) relacionat amb “l'eliminació” del “mos de sang”. Amb la torsió dels tubs cardíacs, la innervació del cervell als nodes sinusals també va canviar. El node sinusal esquerre, controlat des del costat dret del tronc cerebral, es va convertir en responsable de l'ejecció de sang (a l'aorta actual), el node sinusal dret, controlat des del costat esquerre del tronc cerebral, per a la succió de sang (de la vena cava actual) a l'aurícula dreta. Amb el temps, però, el node sinusal esquerre es va atrofiar. És per això que el node sinusal dret, situat a l'aurícula dreta, és ara l'únic conductor servint la funció d'ambdues aurícules.

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic lligat a les aurícules del miocardi és “**no poder moure la sang (mos)**”. El conflicte es relaciona amb el malestar biològic que el cor no pot gestionar el flux sanguini i subministrar a l'organisme la quantitat suficient de sang.

En línia amb el raonament evolutiu, els **conflictes de mos** són la temàtica principal del conflicte associada amb els **òrgans controlats pel tronc cerebral** que deriven de l'endoderma.

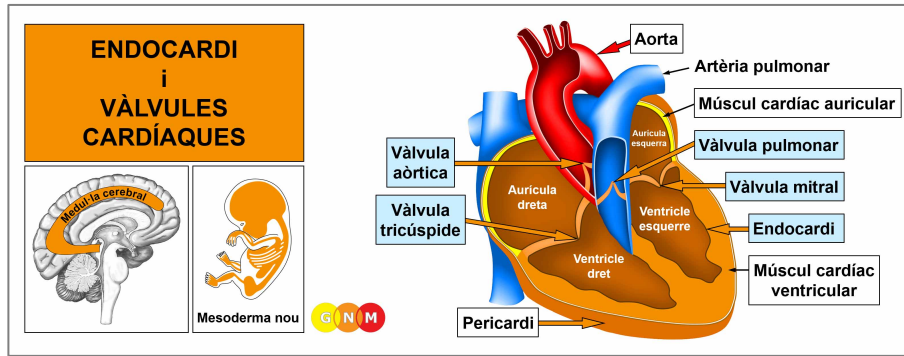
El conflicte sol ser provocat per un diagnòstic com ara “el teu flux sanguini és pobre”, “les teves artèries estan obstruïdes”, “la teva artèria caròtida està bloquejada” o l'ensurt d'un atac cardíac o un ictus, incloses les pors autoinfligides (un “antecedent familiar de malalties cardíques”). Prendre “**anticoagulants**” pot mantenir el conflicte actiu!

FASE DE CONFLICTE ACTIU: hipertonia dels músculs auriculars. El **propòsit biològic de l'increment de la tensió muscular** és millorar la circulació sanguínia.

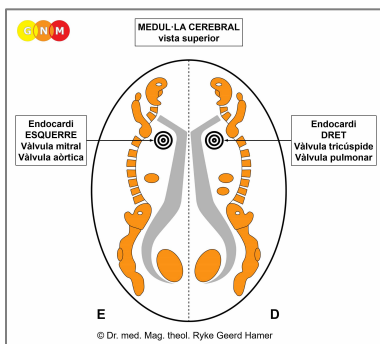
FASE DE CURACIÓ: Durant la fase de curació la tensió muscular torna a la normalitat. La Crisi Epileptoide es manifesta com a peristaltisme augmentat del múscul cardíac que provoca **fibril·lació auricular** amb **taquicàrdia**, un batec cardíac accelerat (compareu amb la fibril·lació ventricular relacionada amb els ventricles i la taquicàrdia durant una embòlia pulmonar que afecta les venes coronàries). Els episodis recurrents ocorren amb cada recaiguda en el conflicte. Amb la compleció de la fase de curació, la freqüència cardíaca torna a la normalitat.

NOTA: En comparació amb els músculs ventriculars, la Crisi Epileptoide dels músculs auriculars llisos del cor no es presenta com un atac cardíac, sinó com un “còlic cardíac” similar a un “còlic intestinal” (vegeu músculs intestinals llisos).

Un marcapassos artificial dissenyat per estabilitzar la freqüència cardíaca fent-se càrrec de l'enviament d'impulsos elèctrics, segons en Dr. Hamer, només és útil quan el marcapassos activa tant el **node sinusal com el node AV**, ja que les dues estacions elèctriques de relé funcionen conjuntament. Si, però, el batec cardíac irregular s'origina al centre del ritme cardíac bradicàrdic o taquicàrdic (vegeu artèries coronàries i venes coronàries), aleshores n'hi ha prou amb estimular només el node AV.



DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DE L'ENDOCARDI I VÀLVULES CARDÍAQUES: L'endocardi és la capa més interna del miocardi, que recobreix les cavitats del cor. El miocardi conté quatre vàlvules que dirigeixen el flux sanguini en una direcció. Les vàlvules cardíaques són vitals per a l'eficiència dels sistemes circulatoris. La **vàlvula tricúspide**, situada entre l'aurícula dreta i el ventricle dret, s'obre per buidar la sang esgotada d'oxigen al ventricle dret. Quan el ventricle dret es contrau, la **vàlvula pulmonar** s'obre per lliurar la sang a l'artèria pulmonar que la porta als pulmons on capta l'oxigen (circulació pulmonar). La sang oxigenada que torna al cor entra a l'aurícula esquerra on s'emmagatzema fins que l'aurícula esquerra es contrau. En aquest punt, la **vàlvula mitral** s'obre permetent que la sang entri al ventricle esquerre. Amb la contracció del ventricle esquerre, la **vàlvula aòrtica** s'obre per lliurar la sang a l'aorta des d'on es distribueix als vasos sanguinis del cos (circulació sistèmica). L'endocardi i les vàlvules cardíaques estan fetes de teixit connectiu, s'originen del mesoderma nou i per tant es controlen des de la medul·la cerebral.



NIVELL CEREBRAL: A la **medul·la cerebral**, l'endocardi dret així com la vàlvula tricúspide i la vàlvula pulmonar, situades al miocardi dret, es controlen des del costat dret del cervell; l'endocardi esquerre així com la vàlvula mitral i la vàlvula aòrtica, situades al miocardi esquerre, es controlen des de l'hemisferi cerebral esquerre. **NOTA:** A causa de la torsió de 180 graus dels tubs cardíacs embrionaris, no hi ha una correlació creuada entre el cervell i l'òrgan.

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic relacionat amb l'endocardi i les vàlvules cardíaques és un **conflicte de desvalorització de si mateix associat amb el cor** (vegeu teixit connectiu). L'angina de pit persistent, arítmia cardíaca, un previ atac cardíac o la por a patir un atac cardíac (perquè "corre en la família"), el diagnòstic d'una "insuficiència cardíaca", o el veredict de metge com "el teu cor està feble" o "el teu cor no funciona bé" són exemples del que pot desencadenar el conflicte.

En línia amb el raonament evolutiu, els **conflictes de desvalorització de si mateix** són la temàtica principal de conflicte associada amb els **òrgans controlats per la medul·la cerebral** que deriven del mesoderma nou.

FASE DE CONFLICTE ACTIU: **necrosi (pèrdua cel·lular)** de l'endocardi i/o la o les vàlvules cardíaques

FASE DE CURACIÓ: Després de la resolució del conflicte (CL), la pèrdua de teixit es reomple i es reposa amb cèl·lules noves. Si la curació de l'endocardi o les vàlvules cardíques s'acompanya d'una inflamació, això causa **endocarditis**. Els bacteris com els estafilococs assisteixen el procés de curació, sempre que estiguin disponibles. Les teories que els bacteris d'una dent infectada o de la gola ("faringitis estreptocòccica") viatjarien al cor on suposadament s'uneixen a les vàlvules cardíques són totalment infundades. A la medicina convencional, els símptomes de l'endocarditis es classifiquen com a "febre reumàtica", tot i que no té cap relació amb el reumatisme.

NOTA: Tots els òrgans que deriven del mesoderma nou ("grup excedent"), incloent l'endocardi i les vàlvules cardíques, mostren el **propòsit biològic al final de la fase de curació**. Un cop completat el procés de curació, l'òrgan o teixit és més fort que abans, la qual cosa permet estar millor preparat per a un conflicte del mateix tipus.

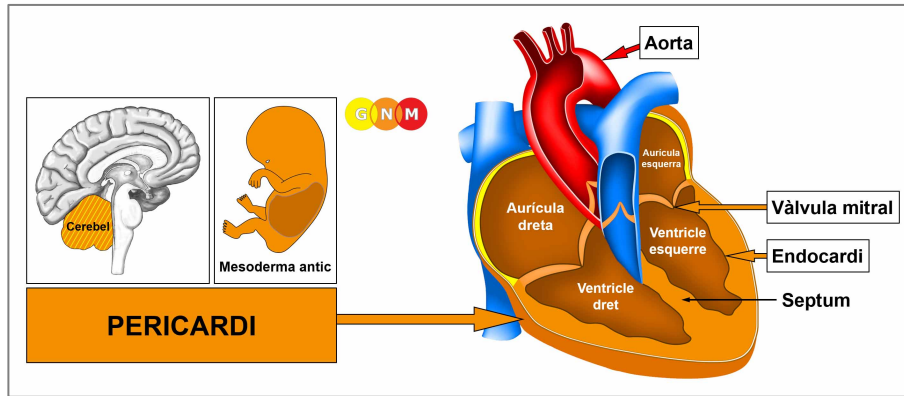
Amb una curació pendent, és a dir, quan la fase de curació s'interromp contínuament per recaigudes en el conflicte, l'**escarificació** recurrent (en PCL-B) eventualment perjudica la o les vàlvules. Els **símptomes** de les insuficiències valvulars són els **bufs cardíacs**.

Una **insuficiència mitral** implica la vàlvula cardíaca situada entre l'aurícula esquerra i el ventricle esquerre. Quan la vàlvula mitral està afectada, la vàlvula ja no es tanca completament i la sang es filtra cap enrere a través de la vàlvula cap a les venes pulmonars quan el múscul cardíac es contrau (aquesta fuita també pot ser el resultat d'una necrosi progressiva a causa d'una fase de conflicte actiu perllongada). En aquest punt, la condició és irreversible (compareu amb la distorsió de les vàlvules cardíques causada per un vessament pericàrdic amb una restauració de la funció de la vàlvula un cop s'ha completat la fase de curació).

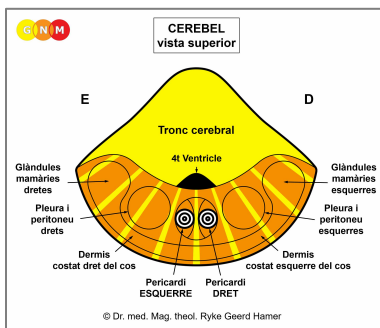
Si l'escarificació engrosseix l'obertura de la vàlvula mitral, l'orifici s'estreny i la vàlvula ja no s'obre del tot. Això es coneix com **estenosi mitral**. Un estrenyiment de l'obertura mitral compromet el flux sanguini lliure de l'aurícula esquerra al ventricle esquerre, la qual cosa **incrementa la pressió sanguínia diastòlica** (mentre la pressió sanguínia sistòlica disminueix). El mateix s'aplica a una **estenosi de la vàlvula tricúspide**. En una fase avançada d'una deterioració de la vàlvula mitral, es poden requerir procediments quirúrgics per prevenir un **edema pulmonar** causat per la congestió de fluids als pulmons (vegeu també edema pulmonar relacionat amb el miocardi i l'edema alveolar relacionat amb els alvèols pulmonars).

Es desenvolupa una **insuficiència aòrtica** quan la vàlvula aòrtica entre el ventricle esquerre i l'aorta ja no es tanca correctament a causa de l'escarificació. Una **estenosi aòrtica** es produeix quan la vàlvula aòrtica s'estreny, impedit que la vàlvula s'obri completament. L'obstrucció del flux sanguini impedeix el flux sanguini des del cor cap a l'aorta i cap a la resta del cos. En aquest cas, la **pressió sanguínia diastòlica disminueix** (mentre que incrementa la pressió sanguínia sistòlica). El mateix s'aplica a una **estenosi de la vàlvula pulmonar**. **Símptomes: marejos, fatiga i debilitat.**

Per a una persona que **no estigui familiaritzada amb la GNM**, el diagnòstic d'un "defecte de la vàlvula cardíaca" pot provocar conflictes de desvalorització de si mateix addicionals associats amb el cor, creant una condició progressiva.



DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DEL PERICARDI: El pericardi és una membrana de dues capes que embolcalla i protegeix el cor. La capa interna (pericardi visceral) està en contacte amb el cor (epicardi); la capa externa (pericardi parietal) s'uneix a l'estèrnum i es fusiona amb el diafragma a la base del cor. Lateralment, el pericardi s'adhereix a la pleura. El pericardi visceral està cobert per una capa cel·lular anomenada mesoteli. Les cèl·lules mesotelials segreguen una petita quantitat de fluid serós que omple l'espai de la cavitat pericàrdica per minimitzar la fricció entre les membranes pericàrdiques. En termes evolutius, el pericardi es va desenvolupar juntament amb la pleura, el peritoneu i la dermis. El pericardi s'origina del mesoderma antic i, per tant, està controlat des del cerebel.



NIVELL CEREBRAL: Al **cerebel**, el pericardi dret es controla des del costat dret del cervell; el pericardi esquerre es controla des de l'hemisferi esquerre del cervell. **NOTA:** A causa de la torsió de 180 graus dels tubs cardíacs embrionaris, no hi ha cap correlació creuada entre el cervell i l'òrgan.

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic relacionat amb el pericardi és un conflicte d'atac, específicament, un **atac contra el cor** (vegeu també conflictes d'atac relacionats amb la pleura, el peritoneu i la dermis).

En línia amb el raonament evolutiu, els **conflictes d'atac** són la temàtica principal de conflicte associada amb els **òrgans controlats pel cerebel** que deriven del mesoderma antic.

Es viu un atac contra el cor, per exemple, mitjançant una punyalada o cop contra el cor o una empenta o cop a la part superior del cos durant una baralla o accident (vegeu també pleura). En un sentit transposat, les paraules "agudes" (insults verbals) es podrien percebre com "tallades al cor". La cirurgia cardíaca, com ara una operació de bypass o un reemplaçament de vàlvules, es pot registrar com un atemptat contra la integritat de l'òrgan. De fet, l'anunci d'una cirurgia cardíaca i la imatge mental de ser "tallat, obert en canal" ja poden desencadenar el conflicte. Un diagnòstic d'una "malaltia cardíaca" o comentaris d'un metge com "el teu cor no funciona correctament", "els teus resultats d'ECG són anormals" o "la teva pressió sanguínia és massa alta", associats amb un risc d'atac cardíac, podria provocar fàcilment una por pel propi cor (també podria desencadenar un conflicte de desvalorització de si mateix afectant les vàlvules cardíques). El conflicte també es pot viure amb o per part d'una altra persona, posem per cas quan un ésser estimat va patir un atac de cor. Els conflictes d'atac relacionats amb el cor també s'originen a l'interior del pit, per exemple, amb dolor de pit causat per l'angina de pit o durant un atac cardíac.

FASE DE CONFLICTE ACTIU: A partir del DHS, durant la fase de conflicte actiu les cèl·lules pericàrdiques proliferen proporcionalment al grau i duració de l'activitat conflictiva. El **propòsit biològic de l'increment cel·lular** és crear un reforç intern per protegir el cor de nous atacs. Amb una activitat conflictiva perllongada es desenvolupa un creixement pla o compacte al lloc. A la medicina convencional, l'engrossiment del pericardi es diagnostica com un **mesotelioma pericàrdic** (vegeu també mesotelioma pleural, mesotelioma peritoneal, mesotelioma omental i mesotelioma testicular). Com que no hi ha símptomes durant la fase de conflicte actiu, el creixement sol ser només detectat durant una revisió de rutina o un examen de seguiment.

NOTA: Si el costat dret o esquerre del pericardi està afectat depèn de la lateralitat d'una persona i de si el conflicte està relacionat amb la mare/fill o amb la parella. Un conflicte localitzat afecta l'àrea associada a l'atac. A causa de la torsió dels tubs cardíacs, el principi de lateralitat s'inverteix. Per tant, una persona dretana respon a un conflicte relacionat amb la parella (activat, per exemple, en presenciar l'atac cardíac d'un cònjuge) amb el pericardi esquerre. Una persona esquerrana respondria amb el costat dret.

FASE DE CURACIÓ: Després de la resolució del conflicte (**CL**), fongs, bacteris de la tuberculosi (TB) o altres bacteris eliminen les cèl·lules que ja no són necessàries. Els **símptomes de curació** són **dolor darrere de l'estèrnium** causat per la inflor i **suors nocturns**. Si els microbis necessaris no estan disponibles en el moment de la resolució del conflicte, perquè van ser destruïts per un ús excessiu d'antibiòtics, romanen les cèl·lules addicionals. Eventualment, el creixement s'encapsula.

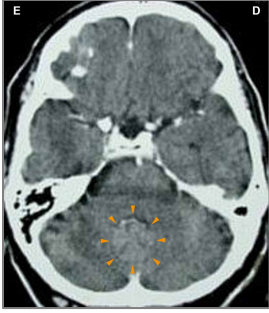
La **pericarditis** ocorre quan la curació va acompanyada d'una inflamació. Durant la fase de curació, el fluid del pericardi és absorbit naturalment per la membrana pericàrdica (**pericarditis seca**). La retenció d'aigua concurrent a causa de la SÍNDROME, però, incrementa l'acumulació de fluids (**pericarditis humida**). La pericarditis humida sovintment es desenvolupa durant l'hospitalització després d'una cirurgia cardíaca.

La retenció excessiva d'aigua provocada, per exemple, per un conflicte d'existència (l'angoixa durant un atac de cor) genera un **vessament pericàrdic exsudatiu**, una acumulació de fluid al voltant del cor. En algunes persones, el pericardi està separat a la línia mitjana; el vessament es produeix, per tant, només al costat afectat (vegeu també vessament pleural). Si el pericardi no està dividit, el vessament es desenvolupa a tot el pericardi (vessament pericàrdic circular). Només la ubicació del Focus de Hamer al cervell revela de quin costat es va percebre el conflicte d'atac i, per tant, des de quin hemisferi cerebral es dirigeix i controla el Programa Especial Biològic.

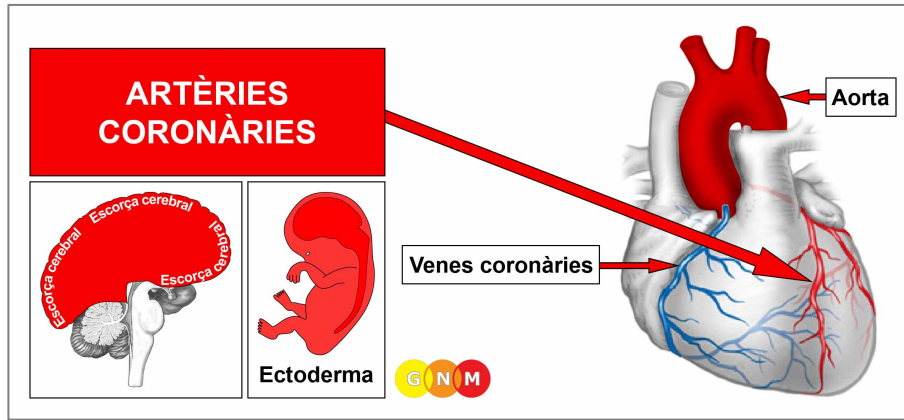
Un vessament pericàrdic agut podria arribar a ser crític perquè massa aigua al pericardi comprimeix el cor. Mèdicament, això s'anomena **taponament cardíac**. El taponament limita l'amplitud de moviment normal del cor conduint a severes **dificultats respiratòries**, **pressió al pit** i, potencialment, una **aturada cardíaca** (compareu amb una aturada cardíaca relacionada amb el miocardi o les artèries coronàries). Això explica per què un taponament cardíac és la complicació més temuda després d'un atac cardíac o després d'una cirurgia cardíaca.

NOTA: El fluid també entra al pericardi quan les costelles adjacents o l'estèrnium estan en curació; en aquest cas per un conflicte de desvalorització de si mateix provocat, per exemple, per un diagnòstic de càncer de pulmó o de mama. L'edema "sua" a través del periosti cap al pericardi creant el que s'anomena **vessament pericàrdic transsudatiu**. També pot ocórrer un vessament pericàrdic transsudatiu quan el múscul cardíac es trenca amb la filtració de sang al pericardi.

El vessament pericàrdic pot distorsionar la o les vàlvules cardíques. Tanmateix, un cop completada la curació, les vàlvules recuperen la seva funció normal (compareu amb la insuficiència mitral on la condició és irreversible).

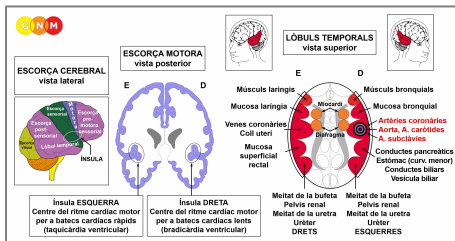


Aquesta TC mostra escarificació (PCL-B) a l'àrea del cerebel que controla el pericardi dret i esquerre (vegeu el diagrama de la GNM), que indica que el conflicte d'atac es va associar amb el cor sencer. Tanmateix, el Programa Especial Biològic s'ha completat.



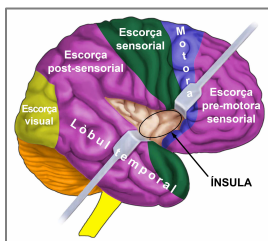
DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DE LES ARTÈRIES CORONÀRIES: Les artèries coronàries i les venes coronàries recorren la superfície externa del cor en forma de corona (“coronària”). Dues artèries coronàries es ramifiquen de l’aorta prop de la part superior del cor. La seva funció principal és lliurar sang rica en oxigen al múscul cardíac. A diferència d’altres vasos sanguinis, el revestiment intern de les artèries coronàries, l’anomenada íntima, consta de cèl·lules epitelials escamoses molt sensibles que s’originen de l’ectoderma i, per tant, estan controlades des de l’escorça cerebral. La paret arterial està formada per músculs llisos i músculs estriats.

NOTA: Les artèries coronàries són descendents dels arcs faringis que consten d’**artèries de l’arc faringi** que donen lloc a diverses artèries principals (vegeu també venes coronàries, aorta ascendent, artèries caròtides internes i seccions internes de les artèries subclàvies).



NIVELL CEREBRAL: L’íntima de l’artèria coronària es controla des de l’**ínsula dreta** (part del **lòbul temporal**). El centre de control de les artèries coronàries està posicionat transversalment al relé cerebral de les venes coronàries.

Els relés tròfics del diafragma i del miocardi que allotgen la vorera del node AV a l’ínsula des de dins.



L’**ÍNSULA** es troba profundament a l’escorça cerebral, exactament en el punt on es troben les quatre escorces cerebrals (escorça pre-motora sensorial, escorça motora, escorça sensorial, escorça post-sensorial). És l’area del cervell que controla el revestiment dels grans vasos sanguinis (artèries coronàries, venes coronàries, aorta, les artèries caròtides i les artèries subclàvies que transporten sang cap i des del cor). L’ínsula dreta i esquerra també regulen la freqüència cardíaca lenta (bradicàrdica) i ràpida (taucardica) dels ventricles (miocardi) – vegeu el node AV. El **centre del ritme cardíac bradicàrdic** es troba a l’ínsula **dreta**; el centre del ritme cardíac taucardic es troba a l’ínsula esquerra. El ritme cardíac (lent i ràpid) constitueix juntament amb la respiració diafragmàtica un sistema superordinat.

NOTA: Les artèries coronàries, aorta ascendent, les artèries caròtides internes i les seccions internes de les artèries subclàvies comparteixen el mateix centre de control i, per tant, el mateix conflicte biològic; quina d’aquestes artèries es veurà afectada pel DHS és aleatori. El si carotidi també es controla des del mateix relé cerebral, però està relacionat amb un conflicte biològic diferent.

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic lligat a les artèries coronàries és un **conflicte de pèrdua territorial** masculí o un **conflicte sexual** femení, depenent del gènere, la lateralitat i l’estat hormonal d’una persona (vegeu també Constel·lació Postmortal, Constel·lació de Casanova, Constel·lació de Nimfo).

Gènere, Lateralitat, Estat Hormonal**Conflicte Biològic****Òrgan Afectat**

Home dretà (EHN)
 Home esquerrà (EHN)
 Home dretà (EBT)
 Home esquerrà (EBT)

Conflicte de pèrdua territorial
 Conflicte de pèrdua territorial
 Conflicte sexual
 Conflicte sexual

Artèries coronàries
 Venes coronàries*
 Venes coronàries
 Artèries coronàries*

Dona dretana (EHN)
 Dona esquerrana (EHN)
 Dona dretana (EBE)
 Dona esquerrana (EBE)

Conflicte sexual
 Conflicte sexual
 Conflicte de pèrdua territorial
 Conflicte de pèrdua territorial

Venes coronàries i Coll uterí
 Artèries coronàries*
 Artèries coronàries
 Venes coronàries i Coll uterí*

EHN = Estat hormonal normal

EBT = Estat baix de testosterona

EBE = Estat baix d'estrògens

***Amb els esquerrans el conflicte es transfereix a l'altre hemisferi cerebral**

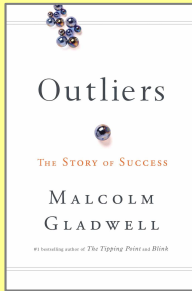
En línia amb el raonament evolutiu, els **conflictes territorials**, els **conflictes sexuals** i els **conflictes de separació** són les temàtiques principals de conflicte associades amb els òrgans d'origen ectodèrmic, controlats des de l'**escorça sensorial**, **pre-motora sensorial** i **post-sensorial**.

Un **conflicte de pèrdua territorial** es viu a través de la pèrdua del domini privat (un habitatge per un trasllat inesperat o un divorci, la confiscació d'una propietat, un incendi, una inundació) o una amenaça envers la seguretat del lloc on es viu. També entren en aquesta categoria els béns del "territori" que tenen un valor personal com ara un cotxe, joies, una col·lecció privada, accions, inversions, una llicència, una condició d'immigrant o una pertinença a un club. La **pèrdua del domini professional** podria ocórrer per pèrdua d'un negoci, fallida, pèrdua d'un lloc de treball per acomiadaments, fusió, trasllat o jubilació anticipada per malaltia o retallades. No poder seguir exercint una **afició** (tocar un instrument musical, pintar, escriure, la jardineria, una activitat esportiva) pot ser percebut com una pèrdua territorial. El conflicte també es refereix a la **pèrdua del domini intel·lectual**, per exemple, a la pèrdua d'habilitats com a conseqüència d'un accident, o, literalment, a la pèrdua de la propietat intel·lectual (resultats d'investigació, dades confidencials, patents, secrets comercials). La **pèrdua d'un membre del territori** (pare, cònjuge, parella, fill, mascota, amic, company, client, comprador) a causa d'una discussió o una separació pot provocar el conflicte. Els homes pateixen conflictes de pèrdua territorial quan perden una parella sexual. El conflicte de pèrdua territorial masculí és l'equivalent al conflicte sexual femení (els relés cerebrals dels òrgans corresponents, és a dir, de les artèries coronàries i el coll uterí, estan posicionats exactament transversals un respecte l'altre a l'**escorça cerebral**).

NOTA: Si un home es troba en una edat en què ja no pot tenir un conflicte de pèrdua territorial a causa d'un estat baix de testosterona, un conflicte d'aparellament (pèrdua d'una parella sexual, rebuig sexual, frustració sexual) afecta més probablement la pròstata que no pas les artèries coronàries. Això explica per què els símptomes relacionats amb la pròstata (elevat PSA, hiperplàsia prostàtica) són més freqüents en homes grans.

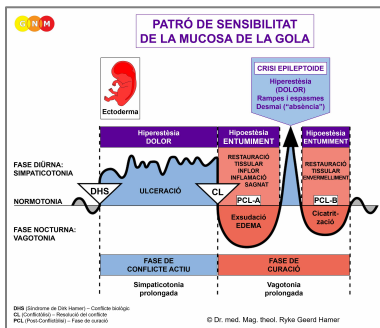
El Misteri de Roseto

descriu a la novel·la *Outliers* [Atípicos] de Malcolm Gladwell



La introducció a *Outliers* explica una història sobre el poble de Roseto, Pennsilvània, on la gent va emigrar originàriament de Roseto, Itàlia. La gent de Roseto va sorprendre els metges amb la baixa presència de cardiopaties a la seva comunitat. La gent aquí era més propensa a morir de vellesa que qualsevol altra cosa. Metges i científics van realitzar tot tipus de proves per esbrinar per què va ser això. Van pensar que hi havia alguna cosa sobre la dieta, la rutina d'exercicis o l'entorn dels rosetans per explicar la seva salut inusualment bona, però cap d'aquestes hipòtesis es va poder confirmar. Després van mirar l'estructura social de Roseto. Molts dels residents xerren amb els veïns. De vegades tres generacions d'una família viurien sota un mateix sostre. Sembla com si fos el sentit de comunitat i unió el que els va fer viure una vida feliç i llarga. "Ningú estava acostumat a pensar en la salut en termes de comunitat".

Un bell exemple de GNM a la pràctica



El Programa Especial Biològic de la **artèries coronàries** segueix el **PATRÓ DE SENSIBILITAT DE LA MUCOSA DE LA GOLA** amb hipersensibilitat durant la fase de conflicte actiu i la Crisi Epileptoide i hiposensibilitat en la fase de curació.

FASE DE CONFLICTE ACTIU: **ulceració al revestiment intern de les artèries coronàries**. El **propòsit biològic de la pèrdua cel·lular** és eixamplar el lumen del vas coronari perquè pugui fluir més sang al cor. L'energia potenciada posa l'individu en una millor posició per recuperar el territori o establir-ne un de nou. La ulceració de l'íntima sensible causa **angina de pit** (i no, com s'assumeix, una insuficiència de miocardi). Dependent del grau del conflicte, el **dolor toràctic** varia de lleu a sever.



Aquesta TC cerebral mostra l'impacte d'un conflicte de pèrdua territorial al relé cerebral de les artèries coronàries (**vegeu el diagrama de la GNM**). La nítida vora del Focus de Hamer revela que la persona està en conflicte actiu.

FASE DE CURACIÓ: Durant la primera part de la fase de curació (PCL-A) la pèrdua de teixit es reposa mitjançant la **proliferació cel·lular** amb **inflor** a causa de l'edema (acumulació de fluid). La inflor pot ocloure temporalment l'artèria afectada, especialment amb retenció d'aigua concurrent (la SÍNDROME). No obstant això, un estrenyiment (estenosi) del vas coronari mai pot conduir a un atac cardíac perquè, en cas de donar-se la situació d'oclusió, **els vasos auxiliars o els anomenats col·laterals actuen com un bypass natural per subministrar sang al cor** (els col·laterals són com un llit sec d'un riu, per dir-ho d'alguna manera, que s'omplen de sang als 2-3 dies després d'un bloqueig coronari. En termes embriològics, els vasos sanguinis col·laterals s'originen del mesoderma nou). Això refuta clarament la teoria estàndard que afirma que un atac cardíac és causat per una obstrucció de l'artèria coronària. També qüestiona la necessitat d'operacions de bypass o angioplàstia.

“Un estudi de Rentrop et al. al número d'abril de 1988 de *The American Journal of Cardiology* ha produït resultats completament en desacord amb la teoria del bloqueig de l'artèria coronària. En un editorial adjunt, en Dr. Stephen Epstein del *National Heart, Lung and Blood Institute* resumeix les ‘observacions extremadament importants’ de Rentrop i els seus col·legues. Van trobar que en un estat avançat d'estrenyiment de les artèries coronàries, el subministrament de sang als músculs cardíacs està totalment assegurat mitjançant col·laterals que s'amplien de manera natural en resposta al bloqueig. Curiosament, van observar que com més s'estrenyin les coronàries, menys perill hi ha d'atac cardíac... Per tant, el bypass cardíac seria redundant en gran mesura” (*World Research Foundation, 2007*).

“Les operacions bypass no perllonguen la vida ni eviten futurs atacs cardíacs. Tampoc ho fa l'angioplàstia, en la qual els vasos estrets s'expandeixen i després, normalment, s'obren amb tubs metàl·lics anomenats stents” (*Is Heart Surgery Worth It? [Val la pena la cirurgia cardíaca?]*, Dr. L. David Hillis, Professor de Cardiologia a la Universitat de Texas Southwestern Medical School; Bloomberg Business, 2005).

El revestiment de les artèries coronàries es restaura principalment amb l'ajuda del colesterol. Per tant, durant la fase de curació, el **nivell de colesterol augmenta**. Amb una curació pendent, és a dir, quan el procés de curació s'interromp contínuament per recaigudes en el conflicte, l'acumulació de plaques de colesterol condueix a l'**aterosclerosi** i, eventualment, a un estrenyiment del lumen del vas sanguini. Amb el temps, la paret arterial s'endureix i perd la seva elasticitat, una condició coneguda com a **arteriosclerosi** (vegeu també l'aterosclerosi relacionada amb l'aorta, les artèries caròtides, les artèries subclàvies i altres vasos sanguinis).

El colesterol es produeix principalment al fetge. De fet, el 80% del colesterol total es sintetitza dins l'organisme; només el 20% prové de fonts dietètiques. El fetge utilitza greixos dels aliments com a matèria primera per produir colesterol. L'anomenat colesterol LDL, etiquetat com a “colesterol dolent”, és especialment útil perquè és molt enganxós i, per tant, ideal per reparar la paret dels vasos sanguinis. Els medicaments per reduir el colesterol, com ara les estatines, suprimeixen la producció de colesterol del fetge. És per això que les estatines tenen un efecte negatiu sobre el fetge. Els fàrmacs amb estatines també danyen el teixit muscular, inclòs el múscul cardíac, que és perjudicial per a la funció general del cor.

“Fer un vincle entre el colesterol elevat i l'inici d'un atac cardíac és un error fonamental en el raonament científic”
(Dr. med. Ryke Geerd Hamer).

**“El colesterol és important per a la salut cardiovascular.
El colesterol és un ingredient necessari en qualsevol tipus de reparació cel·lular”**
(Dr. Ron Rosedale, *The Cholesterol Myth* [El mite del colesterol]).

NOTA: Durant la fase de curació de les artèries coronàries, la **pressió sanguínia es troba en el rang normal** (vegeu hipertensió relacionada amb el miocardi dret i el parènquima renal). Això explica per què, segons els registres mèdics, molts pacients amb atac cardíac no tenien una pressió sanguínia elevada abans de l'atac.

La **CRISI EPILEPTOIDE** és el moment en què ocorre l'atac cardíac. Contràriament a la creença habitual, l'atac cardíac no és causat per una oclusió d'una artèria coronària sinó que s'inicia al cervell, precisament, quan l'edema cerebral que es va desenvolupar en **PCL-A** s'expulsa a través d'una onada simpaticotònica desencadenada per una breu reactivació preprogramada del conflicte (vegeu també atac cardíac relacionat amb el miocardi). Des del punt de vista biològic, l'atac cardíac és crucial, ja que el cor només pot reprendre la seva funció normal després que l'edema cerebral hagi estat expulsat.

NOTA: La Crisi Epileptoide succeeix de tres a sis setmanes després de la resolució del conflicte. Si un conflicte intens va durar més de nou mesos, el més probable és que l'atac cardíac sigui fatal (vegeu també embòlia pulmonar relacionada amb les venes coronàries). Amb la retenció d'aigua com a conseqüència d'un conflicte actiu d'abandonament o d'existència (hospitalització!), l'atac cardíac és més dramàtic ja que l'aigua retinguda engrandeix significativament l'edema cerebral. Amb la **SÍNDROME**, l'atac cardíac ja podria ser mortal després de cinc o sis mesos d'activitat conflictiva. Tanmateix, si la fase de conflicte actiu va ser inferior a quatre mesos, els símptomes són lleus i potser ni tan sols es noten. Aquesta observació només s'aplica als vasos coronaris!

L'atac cardíac vinculat a les artèries coronàries es presenta com una **angina de pit aguda amb un fort dolor darrere de l'estèrnium**. El dolor pot irradiar a l'espatlla esquerra i al braç esquerre. Els símptomes acompanyants són **suors fredes** i **nàusees**. Com que els músculs estriats de la paret de l'artèria coronària pateixen la Crisi Epileptoide al mateix temps, **ocorren espasmes dels vasos cardíacs juntament amb el dolor d'angina**. Aquestes rampes musculars estan totalment no-relacionades amb el miocardi, que és **controlat des d'una part diferent del cervell** i està lligat a un conflicte d'aclaparar. Durant les contraccions dels músculs de l'artèria coronària, les plaques de colesterol de l'íntima es poden soltar i passar al torrent sanguini, on s'eliminen en el curs normal del flux sanguini (compareu amb l'embòlia pulmonar).

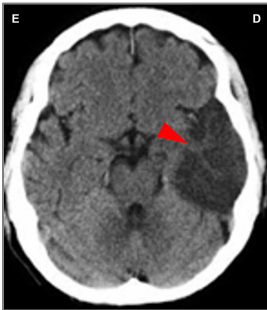
NOTA: Totes les Crisis Epileptoides que es controlen des de l'**escorça sensorial, post-sensorial o pre-motora sensorial** s'acompanyen de **problemes circulatoris, marejos**, breus **alteracions de la consciència** o una completa **pèrdua de la consciència** (desmai o "absència"), depenent de la intensitat del conflicte. Un altre símptoma distintiu és una **caiguda de sucre en sang** causada per l'ús excessiu de glucosa per part de les cèl·lules cerebrals (compareu amb la hipoglucèmia relacionada amb les cèl·lules dels illots del pàncrees).

El perill real de l'atac cardíac és la implicació del centre del ritme cardíac bradicàrdic. Normalment, el cor bateja a un ritme regular i equilibrat. Això, però, canvia durant la Crisi Epileptoide quan s'expulsa l'edema cerebral del relé de les artèries coronàries. La pressió creada per l'onada simpaticotònica momentània frena el pols, causant **bradicàrdia** (compareu amb la taquicàrdia relacionada amb les venes coronàries; vegeu també la bradicàrdia relacionada amb el si carotidi). Els episodis recurrents d'arítmia bradicàrdica es desencadenen per recaigudes en el conflicte.

Dr. Hamer: “Vam veure la pèrdua de consciència que ocorre durant la Crisi Epileptoide com a particularment dramàtica. Amb 3-4 batecs per minut i fins i tot una respiració molt plana una persona pot mantenir-se viva durant un llarg període de temps, bàsicament, fins que s’acabi l’absència sovintment duradora i la desacceleració del pols. L’ECG proporciona en aquests casos l’evidència”.

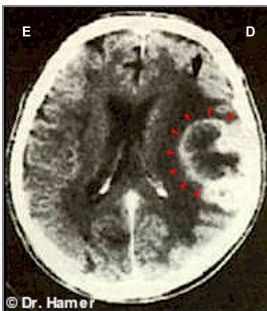
Amb una Crisi Epileptoide molt intensa a causa d’un gran edema cerebral el batec del cor podria aturar-se completament, o una aturada cardíaca (compareu amb una aturada cardíaca relacionada amb el miocardi o el pericardi).

A la medicina convencional, es creu que la bradicàrdia és causada per un bloqueig del sistema de conducció elèctric al node AV i, per tant, es coneix com a bloqueig auriculoventricular o **bloqueig AV** (compareu amb “bloqueig de branques del feix”). La investigació d’en Dr. Hamer, però, mostra que la funció del node AV és només transferir els impulsos elèctrics [des del node sinusal fins als ventricles](#), mentre que la sincronització dels batecs del cor es coordina i controla des dels centres del ritme cardíac bradicàrdic i taquicàrdic situats a l’ínsula de l’escorça cerebral (vegeu relés cerebrals de les artèries coronàries i les venes coronàries).



Aquest escàner de TC mostra un edema cerebral (acumulació de fluid) al centre de control de les artèries coronàries ([vegeu el diagrama de la GNM](#)). L’edema es va desenvolupar després de resoldre el conflicte de pèrdua territorial (en [PCL-A](#)). La retenció d’aigua per la SÍNDROME engrandeix considerablement l’edema.

NOTA: Un gran edema cerebral en aquesta part del cervell podria pressionar sobre l’escorça motora, específicament durant la Crisi Epileptoide quan es ocorre l’atac cardíac real. L’afectació de l’escorça motora provoca una paràlisi temporal al costat esquerre del cos (vegeu traç vermell). A la medicina convencional, l’àrea fosca (hipodensa) de l’escàner cerebral s’interpreta com un “infart cerebral”, que es creu que és causat per un bloqueig d’una artèria cerebral (vegeu col·laterals que garanteixen el flux sanguini cerebral).



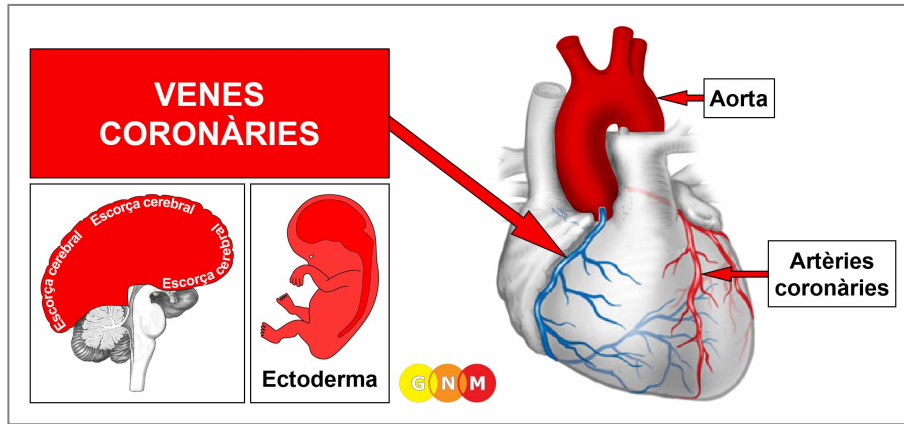
L’anell de glia al relé de les artèries coronàries ([vegeu el diagrama de la GNM](#)) indica el començament de la [PCL-B](#). L’escàner cerebral es va fer poc després de l’esperat atac cardíac.

A la medicina convencional, la presència de glia es diagnostica com un “tumor cerebral”, precisament, com a glioma d’alt grau (glioblastoma) “blanc a l’exterior i necrosi al mig”. La TC cerebral, però, demostra que la neuròglia (teixit connectiu cerebral) comença a restaurar el relé cerebral des de la perifèria! Això està en clara contradicció amb la teoria establerta que un càncer, inclòs un “càncer cerebral”, creix mitjançant un continuat augment cel·lular que condueix a la formació d’un tumor.



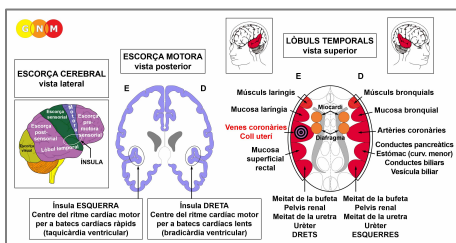
En base a la teoria establerta del “tumor cerebral”, la medicina convencional classifica l'àrea blanca (hiperdensa) com un “glioma de grau 4” amb un pronòstic pobre. Segons la investigació d'en Dr. Hamer, l'acumulació de neuròglia és un signe positiu que el procés de curació de les artèries coronàries ([vegeu el diagrama de la GNM](#)) està gairebé complet.

VERIFICACIÓ: El **6 de setembre de 1984**, en Dr. E. Mannheimer, MD (Clínica de Cardiologia, Viena), en Prof. Pokieser i en Prof. Dr. Imhof (radiòlegs de la Universitat de Viena, Àustria) van provar les troballes d'en Dr. Hamer sobre la correlació entre atacs cardíacs, conflictes de pèrdua territorial i alteracions al cervell, visibles com l'anomenat Focus de Hamer (HH). Els resultats van confirmar que tots els atacs cardíacs van ocórrer després que el conflicte territorial s'hagués resolt.



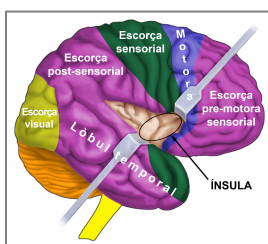
DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DE LES VENES CORONÀRIES: Les artèries coronàries i les venes coronàries recorren la superfície externa del cor. Les venes coronàries reben sang esgotada d'oxigen del múscul cardíac i la buiden a l'aurícula dreta des d'on passa al ventricle dret i més enllà a l'artèria pulmonar i als pulmons, on la sang recull oxigen fresc (circulació pulmonar). L'artèria pulmonar és única en la mesura que és l'única artèria del cos humà que transporta sang desoxigenada. A diferència d'altres vasos sanguinis, el revestiment intern de les venes coronàries, l'anomenada íntima, està format per cèl·lules epitelials escamoses molt sensibles que s'originen de l'ectoderma i, per tant, estan controlades des de l'escorça cerebral. La paret de les venes coronàries està formada per músculs llisos i músculs estriats.

NOTA: Les venes coronàries són descendents dels arcs faringis que consten d'**artèries de l'arc faringi** que donen lloc a diverses artèries principals (vegeu també artèries coronàries, aorta ascendent, artèries caròtides internes i seccions internes de les artèries subclàvies).



NIVELL CEREBRAL: L'íntima de la vena coronària es controla des de l'**ínsula esquerra** (part del **lòbul temporal**). El centre de control de les venes coronàries està posicionat transversalment al relé cerebral de les artèries coronàries.

Els relés tròfics del diafragma i del miocardi que allotgen la vorera del node AV a l'ínsula des de dins.



L'**ÍNSULA** es troba profundament a l'escorça cerebral, exactament al punt on es troben les quatre escorces cerebrals (escorça pre-motora sensorial, escorça motora, escorça sensorial, escorça post-sensorial). És l'àrea del cervell que controla el revestiment dels grans vasos sanguinis (artèries coronàries, venes coronàries, aorta, les artèries caròtides i les artèries subclàvies que transporten sang cap i des del cor). L'ínsula dreta i esquerra també regulen la freqüència cardíaca lenta (bradicàrdica) i ràpida (taucardica) dels ventricles (miocardi) – vegeu el node AV. El **centre del ritme cardíac taucardic** es troba a l'**ínsula esquerra**; el centre del ritme cardíac bradicardic a l'ínsula dreta. El ritme cardíac (lent i ràpid) constitueix juntament amb la respiració diafragmàtica un sistema superordinat.

NOTA: Les venes coronàries i el coll uterí comparteixen el mateix relé cerebral i, per tant, el mateix conflicte biològic. Per tant, **a les dones els Programes Especials Biològics s'executen simultàniament.**

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic lligat a les venes coronàries és un **conflicte sexual** femení o un **conflicte de pèrdua territorial** masculí, depenent del gènere, la lateralitat i l'estat hormonal d'una persona (vegeu també Constel·lació Postmortal, Constel·lació de Casanova, Constel·lació de Nimfo). A les dones, un conflicte sexual també afecta la mucosa del coll uterí. **NOTA:** Un home experimenta un conflicte sexual femení quan té un estat baix de testosterona. Si el seu nivell de testosterona està en el rang normal, un conflicte sexual afecta la pròstata.

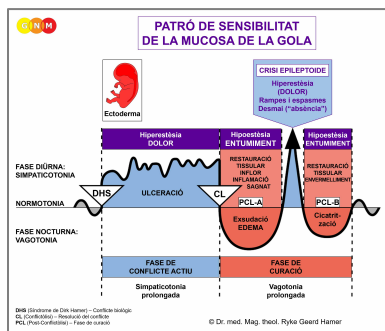
| Gènere, Lateralitat, Estat Hormonal | Conflicte Biològic | Òrgan Afectat |
|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Home dretà (EHN) | Conflicte de pèrdua territorial | Artèries coronàries |
| Home esquerrà (EHN) | Conflicte de pèrdua territorial | Venes coronàries* |
| Home dretà (EBT) | Conflicte sexual | Venes coronàries |
| Home esquerrà (EBT) | Conflicte sexual | Artèries coronàries* |
| Dona dretana (EHN) | Conflicte sexual | Venes coronàries i Coll uterí |
| Dona esquerrana (EHN) | Conflicte sexual | Artèries coronàries* |
| Dona dretana (EBE) | Conflicte de pèrdua territorial | Artèries coronàries |
| Dona esquerrana (EBE) | Conflicte de pèrdua territorial | Venes coronàries i Coll uterí* |

EHN = Estat hormonal normal EBT = Estat baix de testosterona EBE = Estat baix d'estrògens

***Amb els esquerrans el conflicte es transfereix a l'altre hemisferi cerebral**

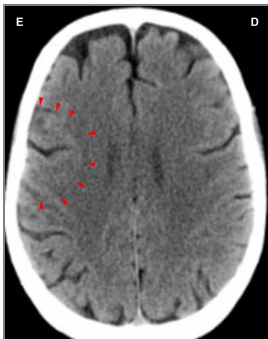
En línia amb el raonament evolutiu, els **conflictes territorials**, els **conflictes sexuals** i els **conflictes de separació** són les temàtiques principals de conflicte associades amb els òrgans d'origen ectodèrmic, controlats des de l'**escorça sensorial**, **pre-motora sensorial** i **post-sensorial**.

Un conflicte sexual fa referència a qualsevol **angoixa relacionada amb la sexualitat**. Això inclou el sexe dolorós (per primer cop), l'abús sexual, l'assetjament sexual, les pràctiques sexuals no desitjades, el rebuig sexual, el sentiment de no ser desitjat sexualment, la manca d'activitat sexual a causa d'una separació inesperada o la pèrdua d'una parella. La pornografia ofensiva, descobrir que la parella o el cònjuge dorm amb una altra persona o les interrupcions durant les relacions sexuals també poden desencadenar el conflicte.



El Programa Especial Biològic de les **venes coronàries** segueix el **PATRO DE SENSIBILITAT DE LA MUCOSA DE LA GOLA** amb hipersensibilitat durant la fase de conflicte actiu i la Crisi Epileptoide i hiposensibilitat en la fase de curació.

FASE DE CONFLICTE ACTIU: ulceració al revestiment de les venes coronaries proporcional al grau i duració de l'activitat conflictiva. El **propòsit biològic de la pèrdua cel·lular** és eixamplar el lumen del vas sanguini per millorar el flux sanguini. La ulceració de l'íntima sensible causa **angina de pit moderada**. A les dones, el revestiment cervical també s'ulcera, cosa que, però, passa desapercebuda.



Aquest escàner de TC mostra l'impacte d'un conflicte sexual a l'àrea del cervell que controla les venes coronàries (vegeu el diagrama de la GNM). La nítida vora del Focus de Hamer indica activitat conflictiva. A les dones, això també afecta el coll uterí.

FASE DE CURACIÓ: Durant la primera part de la fase de curació (PCL-A) la pèrdua de teixit es reposa mitjançant la **proliferació cel·lular**. Igual que la restauració de les artèries coronàries, la reparació de les venes coronàries s'aconsegueix principalment amb l'ajuda del colesterol.

La **CRISI EPILEPTOIDE** es presenta com una reactivació temporal de l'**angina de pit amb dolor toràctic semblant a rampes**, ja que també estan implicats els músculs estriats de les venes coronàries. Durant les contraccions musculars, petits trossos de placa de colesterol s'extreuen de la paret dels vasos sanguinis i s'empenyen a la circulació pulmonar, on bloquegen l'artèria pulmonar provocant una **embòlia pulmonar (EP)** amb **falta de respiració**. Segons la intensitat i duració de la fase de conflicte actiu, els símptomes van de lleus a severos.

NOTA: Totes les Crisis Epileptoides que es controlen des del **escorça sensorial, post-sensorial o pre-motora sensorial** s'acompanyen de **problemes circulatoris, marejos**, breus **alteracions de la consciència** o una completa **pèrdua de la consciència** (desmai o "absència"), depenent de la intensitat del conflicte. Un altre símptoma distintiu és una **caiguda de sucre en sang** causada per l'ús excessiu de glucosa per part de les cèl·lules cerebrals (compareu amb la hipoglucèmia relacionada amb les cèl·lules dels illots del pàncrees).

La medicina convencional afirma que una embòlia pulmonar és causada per un coàgul de sang que suposadament sorgeix a les extremitats inferiors i recorre tot el sistema venós, inclòs el cor, fins als pulmons. En realitat, els "èmbols pulmonars" són crostes curatives originades a les venes coronàries. Els medicaments anticoagulants que es prenen en aquest moment per "reduir la coagulació de la sang" poden contribuir a l'hemorràgia aguda del coll uterí que pateix la Crisi Epileptoide al mateix temps.

NOTA: Un **trombe** (coàgul de sang) es forma a l'interior d'un vas sanguini quan la sang està estancada perquè la sang és viscosa i s'espesseix quan no flueix. Això passa, per exemple, quan una persona està inactiva o immòbil durant un llarg període de temps (després d'una operació, un coma induït, una hospitalització; després d'una lesió o una estada perllongada al llit) – (vegeu també trombosi venosa de la cama). El risc principal dels anestèsics generals és la mort per coàguls de sang! Així, un trombe als pulmons pot provocar una embòlia pulmonar sense un DHS previ. Si l'embòlia pulmonar està relacionada amb una Crisi Epileptoide o amb un trombe es pot determinar fàcilment amb l'ajuda d'un escàner de TC (vegeu més avall). A més, amb una embòlia pulmonar que es produeix durant la crisi de curació, la condició implica dolor d'angina i taquicàrdia, que no és el cas si l'embòlia pulmonar és causada per un trombe. En tot cas, un coàgul de sang mai pot provocar un atac cardíac o un ictus, com s'afirma, ja que en cas d'obstrucció, els vasos auxiliars subministren sang al cor i al cervell (vegeu també les artèries caròtides). En addició, els estudis patològics han confirmat que no hi ha cap relació entre l'aparició d'un coàgul de sang a les artèries i un atac cardíac, la qual cosa refuta completament la teoria de l'infart-trombe. A més, les observacions clíniques han demostrat que en el tractament de l'angina de pit els **anticoagulants** administrats per prevenir un atac cardíac són totalment ineficients.

Per què la Sang Espessa Protegeix d'un Atac Cardíac

Investigadors de l'Hospital Universitari de Heidelberg (Alemanya) “van examinar ratolins amb nivells elevats de greix en sang i un defecte genètic que condueix a un increment de la coagulació de la sang. Els ratolins van desenvolupar plaques més grans que els que no tenien el defecte genètic, però les **plaques** eren més estables. En addició, **no es va observar cap obstrucció vascular, ja que la paret vascular es va expandir per adaptar-se a la nova situació**. L'efecte negatiu de les plaques més grans sobre la circulació es va compensar amb l'efecte positiu de l'estabilitat i un major diàmetre del vas. Tanmateix, l'ús a llarg termini d'anticoagulants (en aquest cas, heparina de baix pes molecular) va revertir aquests avantatges. La mida de les plaques es va reduir, però es va perdre l'estabilitat, incrementant el risc de complicacions”.

“Les nostres troballes es van fer amb ratolins, però confirmen els resultats d'estudis clínics en humans”, diu en Dr. Isermann. “A més, els estudis in vitro mostren que les cèl·lules humanes reaccionen de manera similar a les cèl·lules del ratolí”. L'equip assumeix que els resultats es poden transferir als humans i recomana sospesar acuradament els avantatges i els inconvenients dels anticoagulants abans d'administrar-los a un pacient.

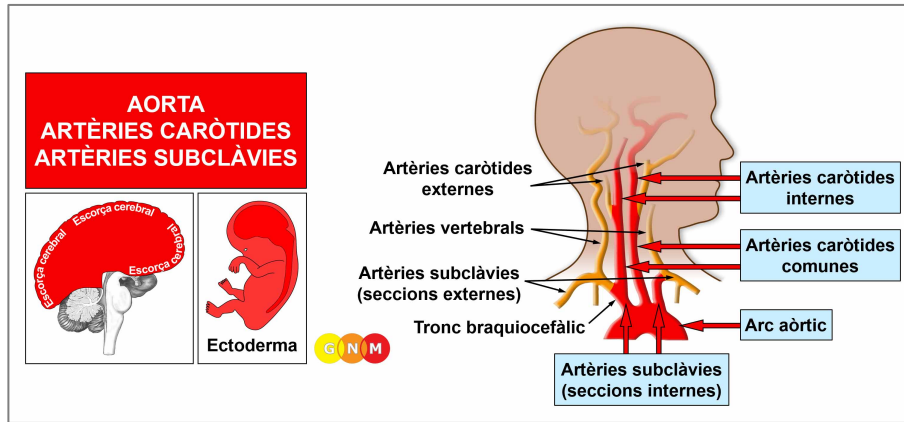
Science News, 5 d'agost del 2005

El perill real de l'embòlia pulmonar és la implicació del centre del ritme cardíac taquicàrdic. Normalment, el cor bateja a un ritme regular i equilibrat. Això, però, canvia durant la Crisi Epileptoide quan s'expulsa l'edema cerebral del relé de la vena coronària. La pressió creada per l'onada simpaticotònica momentània accelera el pols, causant **taquicàrdia** (compareu amb la bradicàrdia, un batec cardíac lent, relacionat amb les artèries coronàries; vegeu també taquicàrdia ventricular i taquicàrdia auricular). Els episodis recurrents d'arítmia taquicàrdica combinats amb una respiració ràpida (taquipnea) o una falta de respiració es desencadenen per recaigudes en el conflicte. No obstant això, l'arítmia taquicàrdica permanent pot causar la mort, ja que els batecs cardíacs incessants acaben aturant el flux sanguini (estasi hemodinàmica).

NOTA: La Crisi Epileptoide ocorre entre tres i sis setmanes després de la resolució del conflicte. Si un conflicte intens va durar més de nou mesos, és molt probable que l'embòlia pulmonar sigui fatal (vegeu també atac cardíac relacionat amb les artèries coronàries). Amb la retenció d'aigua l'embòlia pulmonar és més dramàtica ja que l'aigua retinguda engrandeix significativament l'edema cerebral. Amb la SÍNDROME, l'embòlia pulmonar pot ser mortal ja després de cinc o sis mesos d'activitat conflictiva. Tanmateix, si la fase de conflicte actiu va ser inferior a quatre mesos, els símptomes són lleus i potser ni tan sols es noten. Aquesta observació només s'aplica als vasos coronaris!

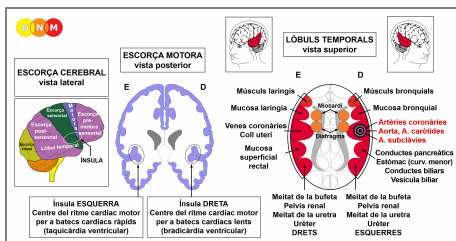


L'acumulació de neuròglia al relé cerebral de les venes coronàries ([vegeu el diagrama de la GNM](#)), indica que la persona ja ha passat la Crisi Epileptoide (embòlia pulmonar) i ara es troba en la segona part de la fase de curació (en [PCL-B](#)). A la medicina convencional, s'assumeix erròniament que l'acumulació de la glia és un “tumor cerebral”.



DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DE L'AORTA, LES ARTÈRIES CARÒTIDES I LES ARTÈRIES SUBCLÀVIES: L'aorta és l'artèria principal del cos. L'aorta neix al pericardi directament després de la vàlvula aòrtica on agafa la sang del ventricle esquerre i la distribueix a la resta del cos (circulació sistèmica). Anatòmicament, l'aorta és un tub que s'estén des del cor cap amunt (aorta ascendent), es corba sobre el cor (arc aòrtic) i continua cap avall pel pit (aorta descendent). Allà es subdivideix en aorta toràctica i aorta abdominal. Les dues artèries caròtides comunes que recorren els dos costats del cap i el coll es divideixen en artèries caròtides internes i externes. Les **artèries caròtides** internes porten la sang des del cor fins al cervell; les artèries caròtides externes donen sang a la cara i al cuir cabellut. Les **artèries cerebrals** es ramifiquen des de l'artèria caròtida interna. Les **artèries subclàvies** són artèries aparellades per sota de les clavícules que subministren sang als braços. L'artèria subclàvia esquerra sorgeix de l'arc aòrtic; l'artèria subclàvia dreta neix amb l'artèria caròtida comuna dreta del tronc braquiocefàlic, o artèria braquiocefàlica, que subministra sang al braç dret, cap i coll. Les artèries vertebrals sorgeixen de la respectiva artèria subclàvia. Contràriament a altres vasos sanguinis, el revestiment intern de l'aorta ascendent, les artèries caròtides comunes, les caròtides internes i les seccions internes de les artèries subclàvies consta d'epiteli escamós, s'origina de l'ectoderma i, per tant, es controla des de l'escorça cerebral. La paret arterial està formada per músculs llisos i músculs estriats.

NOTA: L'aorta descendent, les artèries caròtides externes, les seccions externes de les artèries subclàvies, les artèries vertebrals i les artèries cerebrals s'originen a partir del mesoderma nou i es controlen des de la medulla cerebral (vegeu vasos sanguinis). Eventualment, es van unir les seccions mesodèrmiques i ectodèrmiques. L'aorta ascendent, les artèries caròtides internes i les seccions internes de les artèries subclàvies són descendents dels arcs faringis que consten d'**artèries de l'arc faringi** que donen lloc a diverses artèries principals (vegeu també artèries coronàries i venes coronàries).



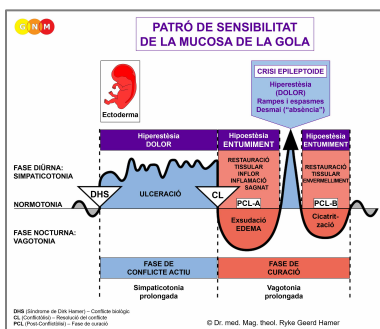
NIVELL CEREBRAL: El revestiment epitelial escamós de l'aorta ascendent, les artèries caròtides internes i les seccions internes de les artèries subclàvies es controla des de l'**ínsula dreta** (part del **lòbul temporal**). El seu centre de control està posicionat transversalment al relé cerebral de les venes coronàries

L'**ínsula** es troba profundament a l'escorça cerebral, exactament en el punt on es troben les quatre escorces cerebrals (escorça pre-motora sensorial, escorça motora, escorça sensorial, escorça post-sensorial).

NOTA: L'aorta ascendent, les artèries caròtides internes, les seccions internes de les artèries subclàvies i les artèries coronàries comparteixen el mateix centre de control i, per tant, el mateix conflicte biològic; quina d'aquestes artèries es veurà afectada pel DHS és aleatori. El si carotidi també es controla des del mateix relé cerebral, però està relacionat amb un conflicte biològic diferent. L'aorta descendent, l'artèria caròtida externa i les seccions externes de les artèries subclàvies estan lligades a un conflicte de desvalorització de si mateix.

CONFLICTE BIOLÒGIC: un **conflicte de pèrdua territorial** masculí o un conflicte sexual femení, depenent del gènere, la lateralitat i l'estat hormonal d'una persona (vegeu artèries coronàries).

En línia amb el raonament evolutiu, els **conflictes territorials**, els **conflictes sexuals** i els **conflictes de separació** són les temàtiques principals de conflicte associades amb els òrgans d'origen ectodèrmic, controlats des de l'**escorça sensorial, pre-motora sensorial i post-sensorial**.



El Programa Especial Biològic de l'aorta, artèries caròtides i artèries subclàvies segueix el **PATRÓ DE SENSIBILITAT DE LA MUCOSA DE LA GOLA** amb hipersensibilitat durant la fase de conflicte actiu i la Crisi Epileptòide i hiposensibilitat en la fase de curació.

FASE DE CONFLICTE ACTIU: ulceració a l'artèria afectada proporcional al grau i duració de l'activitat conflictiva. El **propòsit biològic de la pèrdua cel·lular** és eixamplar el lumen del vas arterial per millorar el flux sanguini. **Síntomes:** dolor que va de lleu a sever. **NOTA:** Mentre el conflicte està actiu, la persona està en un estat d'ànim deprimat.

Si el conflicte persisteix, la paret dels vasos sanguinis es debilita causant una protuberància localitzada a l'àrea ulcerada. Això s'anomena **aneurisma aòrtic, aneurisma de l'artèria caròtida o aneurisma de l'artèria subclàvia** (compareu amb l'aneurisma de l'aorta abdominal i els aneurismes relacionats amb l'artèria caròtida externa les seccions externes de les artèries subclàvies o aneurisma cerebral). Els petits aneurismes poden passar completament desapercebuts. Tanmateix, a mesura que l'aneurisma s'incrementa en mida, hi ha un major risc de ruptura amb sagnat al teixit circumdant i complicacions potencialment greus. Normalment, les fibres musculars llises incrustades als músculs estriats de la paret arterial estableixen el vas sanguini per evitar una ruptura. Per tant, una ruptura d'aneurisma només es produeix a causa d'un moviment vigorós o d'aixecaments pesats.

FASE DE CURACIÓ: Durant la primera part de la fase de curació (**PCL-A**), la pèrdua de teixit es reposa mitjançant la **proliferació cel·lular amb inflor** a causa de l'edema (acumulació de fluid) a l'àrea de curació. La paret dels vasos sanguinis es repara principalment amb calci i colesterol. Amb una curació pendent, és a dir, quan el procés de curació s'interromp contínuament per les recaigudes en el conflicte, l'acumulació de dipòsits de colesterol condueix eventualment a l'**aterosclerosi** (vegeu també l'aterosclerosi relacionada amb les artèries coronàries i altres vasos sanguinis). Una gran inflor, generalment a causa de la retenció d'aigua concurrent a causa de la SÍNDROME, i l'acumulació de plaques ateroscleròtiques poden conduir a un estrenyiment de l'artèria amb marejos i desmais si l'artèria caròtida està afectada (**estenosi de l'artèria caròtida**).

“Les observacions que una petita proporció de pacients amb ictus tenen estenosi carotídia severa i que moltes persones grans tenen estenosi carotídia severa, però cap símptoma suggereix que el grau d'estenosi no és l'única variable per predir el risc d'ictus”.

American Journal of Neuroradiology, maig de 1999

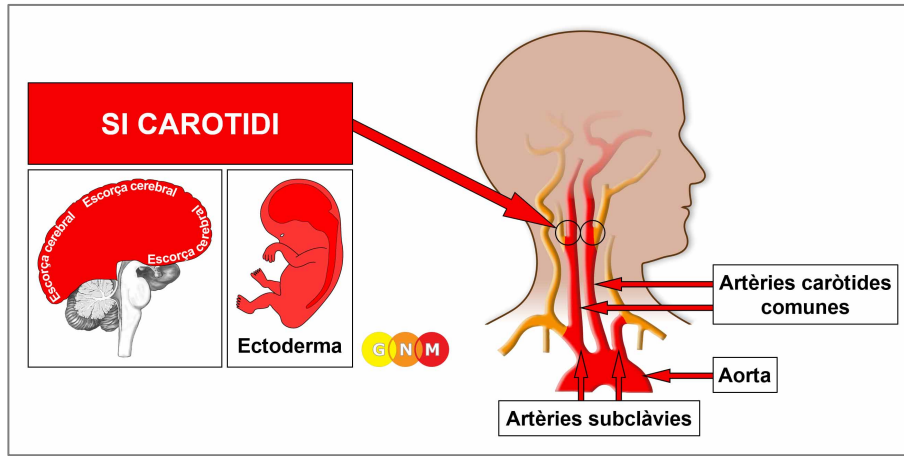
NOTA: Totes les Crisis Epileptoides que es controlen des de l'**escorça sensorial**, **post-sensorial** o **pre-motora sensorial** s'acompanyen de **problemes circulatoris**, **marejos**, breus **alteracions de la consciència** o una completa **pèrdua de la consciència** (desmai o “absència”), depenent de la intensitat del conflicte. Un altre símptoma distintiu és una **caiguda de sucre en sang** causada per l'ús excessiu de glucosa per part de les cèl·lules cerebrals (compareu amb la hipoglucèmia relacionada amb les cèl·lules dels illots del pàncrees).

Durant les contraccions musculars que tenen lloc a la paret arterial durant la Crisi Epileptoide, petits trossos de placa de colesterol (erròniament es creu que és un “trombe”) es poden trencar i viatjar al cervell. Tanmateix, un bloqueig de l'artèria caròtida no provoca un ictus, com afirma la medicina convencional. Com és el cas d'una oclusió de les artèries coronàries, si es presenta la situació d'obstrucció, els vasos auxiliars o els anomenats col·laterals actuen com a bypass natural per subministrar sang i oxigen al cervell.

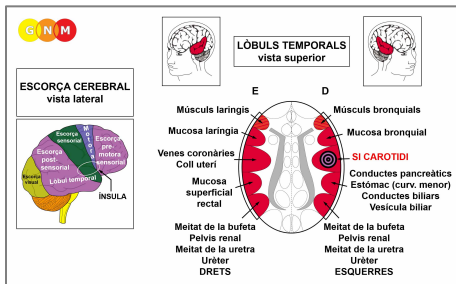
Circulació Col·lateral Cerebral en la Malaltia de l'Artèria Caròtida

“En cas que una de les principals artèries cerebrals estigui compromesa per una malaltia oclusiva, la circulació col·lateral cerebral té un paper important en la preservació de la perfusió cerebral mitjançant un millorat reclutament del flux sanguini”.

Current Cardiology Review, novembre de 2009



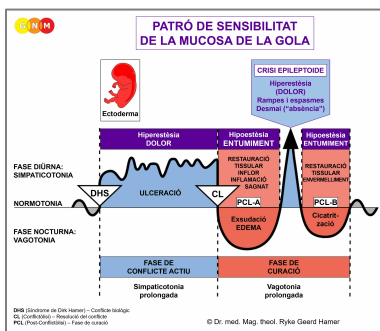
DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DEL SI CAROTIDI: El si carotidi és una àrea bulbosa, situada bilateralment (a banda i banda del coll) prop del punt on es bifurquen les artèries caròtides. El si carotidi conté receptors de pressió que controlen la pressió sanguínia del cos mitjançant els canvis en la freqüència cardíaca. El revestiment del si carotidis consta d'epiteli escamós, s'origina de l'ectoderma i, per tant, està controlat des de l'escorça cerebral.



NIVELL CEREBRAL: El si carotidi es controla des de l'ínsula dreta (part del lòbul temporal). L'ínsula es troba profundament a l'escorça cerebral, exactament en el punt on es troben les quatre escorces cerebrals (escorça pre-motora sensorial, escorça motora, escorça sensorial, escorça post-sensorial). El seu centre de control està posicionat transversalment al relé cerebral de les venes coronàries.

NOTA: El si carotidi, les artèries coronàries, l'aorta ascendent, les artèries caròtides internes i les seccions internes de les artèries subclàvies comparteixen el mateix centre de control.

CONFLICTE BIOLÒGIC: la pressió sanguínia està massa alta.



El Programa Especial Biològic del si carotidi segueix el **PATRÓ DE SENSIBILITAT DE LA MUCOSA DE LA GOLA** amb hipersensibilitat durant la fase de conflicte actiu i la Crisi Epileptoide i hiposensibilitat en la fase de curació.

FASE DE CONFLICTE ACTIU: ulceració al si carotidi proporcional al grau i duració de l'activitat conflictiva. El propòsit biològic de la pèrdua cel·lular és reduir la pressió sanguínia. L'activitat conflictiva contínua i intensa causa una hipersensibilitat del sinus carotidi amb una marcada bradicàrdia (compareu amb el lent batec cardíac durant l'atac cardíac relacionat amb les artèries coronàries) i una caiguda de la pressió sanguínia (compareu amb la caiguda de la pressió sanguínia durant l'atac cardíac de miocardi esquerre).

FASE DE CURACIÓ: Durant la primera part de la fase de curació ([PCL-A](#)) l'àrea ulcerada es reomple mitjançant la **proliferació cel·lular**. El bulb carotídi es repara principalment amb colesterol. Amb una curació pendent, l'acumulació de placa de colesterol, anomenada **ateroma de bifurcació carotídia**, estreta el lumen de l'artèria caròtida (compareu amb l'estenosi de l'artèria caròtida que causa marejos i atordiments, però NO un ictus; vegeu la circulació col·lateral cerebral en la malaltia de l'artèria caròtida).

Font: www.learninggnm.com